

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 54

DES

OPHTHALMIES PURULENTES



THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

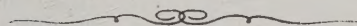
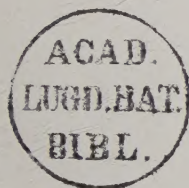
le 23 décembre 1882

PAR

Aimé MAYNADIÉ

Né à Azille (Aude)

Pour obtenir le titre de Docteur en médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1882

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT * ✕ DOYEN
 DUMAS * }
 CASTAN } ASSESSEURS

Professeurs.

	MESSIEURS :
<i>Opérations et appareils.</i>	BOUISSON, O. * ✕, D. HON.
<i>Pathologie externe.</i>	BOYER *.
<i>Accouchements.</i>	DUMAS *.
<i>Clinique médicale.</i>	DUPRÉ * C ✕.
<i>Anatomie.</i>	BENOIT * ✕.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	COURTY *.
<i>Clinique médicale.</i>	COMBAL * ✕.
<i>Clinique des maladies mentales et nerveuses.</i>	CAVALIER *.
<i>Physique médicale.</i>	MOITESSIER *.
<i>Anatomie patholog. et histologie.</i>	ESTOR
<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	JAUMES.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	DUBRUEIL *.
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	ENGEL.
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS.
<i>Pathologie médicale.</i>	CASTAN.
<i>Thérapeutique et Matière médic.</i>	GRASSET.
<i>Botanique et Histoire Natur. méd.</i>	PLANCHON * ✕.
<i>Physiologie, chargé du cours.</i>	LANNEGRACE.
MARTINS (O. ✕) FONSSAGRIVES (O. ✕), Professeurs honoraires.	

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants. MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

MESSIEURS :	MESSIEURS :
JACQUEMET.	CHALOT.
PÉCHOLIER.	BIMAR.
GRYNFELTT.	LANNEGRACE.
DE GIRARD.	MOSSE.
SERRÉ.	REGIMBEAU *.
ROUSTAN.	TÉDENAT.
CARRIEU.	DUMAS fils.
MAIRET.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examineurs de la Thèse :

MM. JAUMES, président ;
 GRASSET, professeur ;
 JACQUEMET, agrégé.
 DUMAS fils, agrégé ;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A. MAYNADIÉ.

A ma Tante Jeanne MAYNADIÉ

A mon Cousin le R.-P. JULES, du Sacré-Cœur
Franciscain

À mes Amis

les Docteurs Joseph et Gratien DESCAYS,
LAFFAGE, MANHAVIALE

Charles MENAGER

Élève commissaire de marine

A MES AMIS

A. MAYNADIÉ.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JAUMES

A Monsieur le Professeur BOUISSON

Doyen honoraire, Officier de la Légion d'honneur, etc.

A Monsieur ROUSTAN

Professeur-Agrégé

A MES MAITRES

A. MAYNADIÉ.

INTRODUCTION

DIVISION DU SUJET

Nous n'abordons point un sujet nouveau, et les écrits sur cette matière sont si nombreux qu'il semble presque étrange et inutile d'entreprendre encore un travail sur les ophthalmies purulentes. Cette question nous a cependant attiré de préférence à une autre par son utilité éminemment pratique. Est-il, en effet, besoin de rappeler l'importance d'un traitement sagement dirigé dans une maladie qui frappe brusquement un individu et peut le jeter hors de la vie sociale, en le privant du sens le plus nécessaire à l'exercice de ses fonctions et de ses facultés? Dans le cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'en observer des cas nombreux dans les salles de l'hôpital Saint-Éloi. Grâce à une thérapeutique énergique et rationnelle, le plus souvent la maladie a bien évolué et la guérison a été le terme de cette violente inflammation. Mais quelquefois aussi, malgré tous les efforts d'un médecin attentif, nous avons vu le mal empirer et le résultat de processus morbide était la perte plus ou moins complète d'un

œil, quelquefois même des deux yeux. Hâtons-nous d'ajouter que ces désastres sont l'exception.

Nous avons pu, dans ces derniers temps, voir dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi, trois cas d'ophtalmie purulente qui, tous les trois, se sont fâcheusement terminés. Quoique de nature différente, ces ophtalmies ont amené des désordres à peu près identiques. Un autre point nous a aussi frappé. Ces trois ophtalmies qui sévissaient ou avaient sévi l'une sur un nouveau-né, l'autre sur un blennorrhagique, la troisième sur un homme ayant habité l'Afrique, ont présenté une marche semblable pour arriver au même terme.

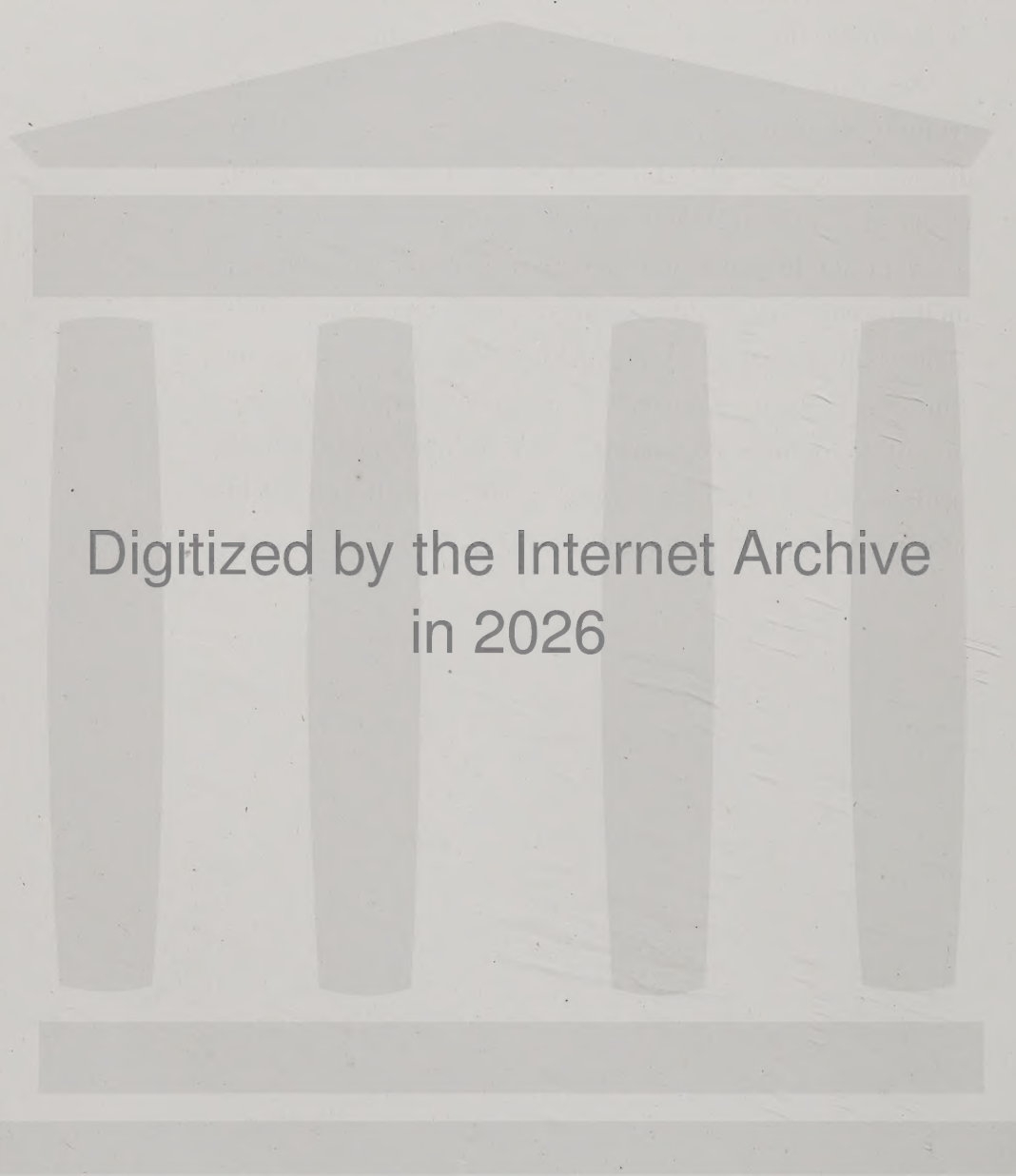
Il nous a paru intéressant de rapprocher ces trois faits, de faire à leur occasion l'histoire de l'ophtalmie purulente en général, en montrant les différences que l'on trouve dans chacun des cas. Nous rejetons donc de notre cadre l'ophtalmie granulo-purulente qui se rattache plutôt à l'histoire des granulations ; nous laisserons aussi de côté l'ophtalmitis ou phlegmon de l'œil : c'est au début une choroïdite suppurative.

Notre sujet ainsi délimité, n'en reste pas moins très-vaste. Aussi pour ne point nous égarer dans cette étude et procéder avec méthode, devons-nous tout d'abord tracer un plan et diviser notre sujet.

Dans un premier chapitre, nous définirons la maladie ; et dans une revue historique, nous jetterons un coup-d'œil rapide sur les diverses classifications des ophthalmies.

Puis dans des chapitres successifs, nous étudierons la symptomatologie, l'anatomie pathologique, l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement, en mettant en relief les particularités présentées par chacun des cas rapportés.

Avant de terminer ces quelques lignes d'introduction, qu'il me soit permis de remercier publiquement tous mes Maîtres de la Faculté de Montpellier. Que M. le Professeur Bouisson reçoive en particulier ce modeste travail comme un faible hommage de reconnaissance et d'admiration pour la brillante intervention chirurgicale par laquelle il a rendu mon père à la vie et à la santé.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553809_0096

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OPHTHALMIES PURULENTES

CHAPITRE I.

DÉFINITION. — COUP-D'ŒIL SUR L'HISTOIRE DES OPHTHALMIES EN GÉNÉRAL, DES OPHTHALMIES PURULENTES EN PARTICULIER.

Que doit-on entendre par ophthalmie? « Ce terme comprenait anciennement toutes les maladies de l'œil et des paupières (1). » Il est évident que si l'opinion de M. Warlomont est exacte, cette dénomination doit disparaître de la nosographie oculaire pour faire place à des dénominations plus précises correspondant à des maladies mieux connues. Mais en est-il bien ainsi? Nous ne le croyons pas, et c'est pour cela que nous avons conservé l'expression d'ophthalmie purulente pour désigner les inflammations de même nature frappant la conjonctive. C'est un terme ancien, consacré par l'usage, et si

(1) Warlomont, art. *Opht.*, dict. de Dechambre, t. xv, p. 654, 1881.

bien entré dans le langage clinique, qu'il a résisté aux proscriptions nombreuses dont il a été frappé par les auteurs récents. Le conserver est un devoir après lui avoir rendu son véritable sens.

Il faut en effet avouer que la multitude de définitions qu'on a données de ce mot, les diverses manières dont on l'a interprété, ont jeté sur lui une confusion incontestable. On s'explique ainsi pourquoi dans nos nombreux traités cliniques de pathologie oculaire, on trouve la description des conjonctives, et non celle des ophthalmies. L'ophthalmie sympathique a seule trouvé grâce. C'est là un ostracisme non justifié. Il est facile de le prouver en jetant un rapide coup-d'œil sur l'histoire des ophthalmies.

Dans Hippocrate (1) rien de bien clair; mais dès Galien le sens du mot ophthalmie se précise: « *Ophthalmia inflammatio est ejus membranae quae corneae adhæret* (2). » Mais comme le médecin de Cos, Galien ne divise point suffisamment les diverses espèces d'ophthalmies. Toutefois il est déjà facile de voir que le mot d'ophthalmie ne s'adresse point à toutes les maladies des yeux mais spécialement aux inflammations de la conjonctive.

Dans Celse nous ne trouvons guère qu'une longue énumération des agents thérapeutiques dirigée contre les affections oculaires et une description un peu plus précise « *De arida Lippitudine* (3) », qui nous paraît correspondre à l'ophthalmie sèche.

Les autres anciens ne nous offrent rien de bien important. Mais dès la fin du XVI^{me} siècle, nous trouvons sur l'ophthalmie

(1) T. III, § 85, Œuvres d'Hippocrate, trad. Littré.

(2) Œuvres de Galien, t. XII, p. 711, — t. XIV, p. 768, l'édition græco-latine de Carolus Gottlohe Kühn-Leipick, 1833.

(3) Œuvres de Celse, Encyclopédie des sc. méd., p. 272.

des travaux nombreux et spéciaux. Citons en passant ceux de Schenk (Michael) (1), de Klein (Her.) (2). Le traité de ce dernier indique par son seul titre qu'il ne s'occupe que des maladies de la conjonctive.

Avec le XVII^{me} siècle, les travaux sur les ophthalmies se multiplient et se précisent. Dès 1608, Sennert (Daniel) publie un traité sur l'ophthalmie (3) que nous n'avons pu retrouver. Mais dans ses œuvres complètes (4), nous avons pu prendre connaissance de son opinion. Qu'on nous permette de rapporter le début du chapitre *De ophthalmia*: « *Inter oculi partes occurrit primo tunica alba, annata, seu conjunctiva dicta, quæ et ipsa variis morbis est obnoxia.... Est que (ophthalmia) inflammatio annatæ seu albæ tunicæ cum rubore, dolore, ardore.... etc.* »

Il reconnaît que les parties voisines peuvent être envahies, que la suppuration peut abolir la vue, faire perdre l'œil. Les saisons, les irritations locales jouent un grand rôle dans l'étiologie. Comme pathogénie, nous y trouvons une théorie franchement humorale. Il distingue le *taraxis*, le *chémosis* qui paraît répondre à notre ophthalmie purulente, il en reconnaît la contagiosité.

Multiplier les exemples serait chose facile, mais nous avons hâte d'arriver à un auteur encore plus précis. Nous voulons parler de Saint-Yves, chirurgien de Saint-Côme (5). Son petit volume de pathologie oculaire est remarquable par sa clarté, sa méthode et son côté clinique. Voyons comment l'auteur comprend l'ophthalmie. « C'est, dit-il, une inflam-

(1) *De ophthalmia*, Heindelberg, 1582.

(2) *De præcipuis membranæ adnatæ affectibus*.

(3) *Disputatio de ophthalmia*, Wittemberg, 1608.

(4) Sennerti, *opera omnia*, Lyon 1666, t. III, caput. XII, p. 201.

(5) Nouveau traité des maladies des yeux, 1722, chap. III, p. 175.

mation ou rougeur de la conjonctive, quelquefois avec tumeur ardente et écoulement de larmes, quelquefois sans l'un et l'autre. Il arrive aussi que cette inflammation s'étend sur toutes les parties du globe et sur celles qui l'entourent.» Saint-Yves décrit 14 espèces d'ophthalmies, mais sa classification est mauvaise parce qu'elle repose tantôt sur la nature de l'écoulement, tantôt sur l'état anatomique des lésions, tantôt sur la nature de la maladie. Nous ne les énumérerons pas toutes, nous contentant seulement de signaler deux chapitres. Le premier est sur « l'ophthalmie la plus violente appelée chémosis, qui fait paraître la cornée transparente comme dans un enfoncement. Il arrive souvent que toute la cornée transparente tombe par suppuration. » Son chapitre sur l'ophthalmie vénérienne est le second que nous ayons à signaler comme se rapportant plus particulièrement à notre sujet.

Cette notion si simple et si précise de l'ophthalmie, nous la retrouvons encore dans Boyer (1) « L'inflammation de la conjonctive se nomme *ophthalmie*. Tantôt elle est bornée à la partie de cette membrane qui couvre l'œil; tantôt toute l'étendue de la conjonctive est enflammée, d'autres fois l'ophthalmie s'étend aux deux yeux, etc. »

Mais avec les auteurs qui suivent, c'est une confusion des plus complètes. Le traité de l'ophthalmie de Sichel (2) est le type le plus remarquable de ce changement dans les idées. « Sous le nom d'ophthalmie, nous comprenons, dit-il (p. 24), l'inflammation d'une ou de plusieurs des membranes et des autres parties qui constituent l'œil. » Conséquemment, toutes les maladies des yeux sont des ophthalmies. Celles-ci sont divisées

(1) Traité des maladies chirurgicales, t. v, p. 366, 3^e édit., Paris, 1822.

(2) Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose, Paris 1837.

en simples ou combinées: « Tant que les causes externes agissent seules, les ophthalmies sont simples. Si, au contraire, à leur action locale se joint l'influence d'une cause générale ou constitutionnelle, l'influence d'un état pathologique, d'un ou de plusieurs systèmes, la syphilis, les scrofules par exemple, l'action phlegmasique elle-même se modifie, se combine avec un autre élément de maladie, en un mot, l'ophthalmie devient combinée. » Partant de ces principes, Sichel décrit parmi les ophthalmies simples: la conjonctivite, la sclérosite, la kératite, l'iritis, la cristalloïdite, la cristallite, l'hyalite, la choradite, la rétinite.

Quant aux ophthalmies spéciales ou combinées, il les multiplie; créant de nouvelles combinaisons en unissant les espèces simples, on a aussi la scrofulo-catarrhale, la rhumatismo-scrofuleuse. Nous ne pouvons les énumérer toutes. Mais il ressort assez clairement de ce qui précède, qu'avec de telles idées, le terme ophthalmie n'a plus sa raison d'être au moins pour les ophthalmies simples.

Mackensie ne prouve pas davantage; Samuel Cooper (1) prend le terme ophthalmie pour synonyme d'ophthalmitis.

Il semble même qu'à mesure que l'on avance, l'on s'entend de moins en moins sur la signification du mot ophthalmie. Carron du Villars (2) en donne une définition étrange, si l'on songe à la signification primitive.

Nous ne savons trop pour quoi il va emprunter sa définition au professeur Fabini (3): « l'ophthalmie consiste en une activité anormale des vaisseaux oculaires provoquée par une

(1) Dict. de chirurgie pratique, t. II, p. 184, 1826.

(2) Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies de yeux, Paris.

(3) *Doctrina de morbis oculorum in usum auditorum*, Pesth 1823, in-8°.

cause quelconque et tendant par un effort particulier à produire des modifications organiques.» N'est-ce point là une abstraction presque insaisissable? Quand on considère cette si complexe définition et qu'on la rapproche de la définition si simple des anciens, on regrette que des auteurs vraiment éminents ne veuillent point voir ce qu'ont fait les anciens. Quand un terme pathologique a un sens précis, clair et juste pourquoi le changer? pourquoi le dévier de sa signification primitive?

C'était cependant un fait accompli pour l'ophthalmie. Ch. Deval (1) en donne la même signification que Sichel et suit le même plan dans la description des maladies oculaires.

Or, il est bien évident que le terme ophthalmie pris dans le sens que lui donnent tous les auteurs que nous venons de citer, ne signifie plus rien, ne fait qu'allonger les dénominations. Aussi les auteurs récents l'ont supprimé. On ne le trouve plus dans les traités classiques de Follin et Duplay (2) 1875, d'Abadie (3) 1876, de Meyer (4) 1880, Jamain et Terrier (5), etc. Les conjonctivites remplacent les ophthalmies des anciens.

Cependant nous devons dire que ce bannissement n'est point général: «Pour nous, dit Warlomont (6), le terme ophthalmie représentera la classe des affections oculaires *superficielles*, dans lesquelles l'inflammation de la conjonctive jouera primitivement ou consécutivement un rôle prédominant. Telles sont les diverses espèces de conjonctivites, que

(1) Traité théorique et pratique des maladies des yeux, Paris 1862.

(2) Traité de path. externe, t. iv.

(3) Traité des maladies des yeux.

(4) Traité pratique des maladies des yeux, Paris.

(5) Manuel de pathologie chirurgicale, t. iii, Paris 1882.

(6) Dict. de Dechambre, art. cité.

nous appellerons, avec le professeur Thiry (1), ophthalmies conjonctivales et certaines affections complexes, etc.

Inutile d'insister longuement sur le peu d'utilité de l'épithète conjonctivale ajoutée au terme ophthalmie, si on le prend dans son véritable sens.

Nous ne voulons point nous engager maintenant dans un examen critique des diverses classifications des maladies de la conjonctive. Elles sont généralement très-embrouillées, parce qu'on n'a point pris pour base toujours le même élément. Nous pensons qu'il faut surtout s'appuyer sur la lésion anatomique; bien entendu le médecin ne doit pas oublier que derrière la lésion se cache un fonds morbide variable avec l'individu, que c'est la nature de la lésion et non sa forme qui dictera le traitement. Sans doute, il serait plus utile d'avoir une classification reposant sur la nature de fonds morbide; mais alors les espèces sont multipliées à l'infini. Il nous paraît bien plus simple de prendre pour point de départ les lésions anatomiques. Une forme identique correspond en effet souvent à des états généraux variés et différents. Constaté la lésion anatomique, rechercher l'état général, telle doit être l'œuvre du médecin.

Ces réserves faites, nous admettons volontiers la division de M. Abadie, et nous distinguerons les ophthalmies *phlycténulaire*, *catarrhale*, *purulente*, *granuleuse*, *folliculaire*, *diphthéritique*.

L'ophthalmie purulente seule doit nous occuper.

Après la longue revue que nous venons de faire sur les ophthalmies, son historique pourra être un peu plus bref.

Nul doute qu'Hippocrate n'est connu l'ophthalmie purulente. Nul doute qu'il ne s'agisse de celle-ci lorsqu'il

(1) Thiry, leçons données à l'université de Bruxelles, 1865.

parle (1) des ophthalmies humides, longues et douloureuses, avec carnosités et perte de la vue. Mais tout cela est confus.

Galien décrit une ophthalmie contagieuse (2); Sennert constate la contagiosité du *χημοσις* qui ne sont l'une et l'autre que la maladie dont nous nous occupons. Nous retrouvons encore cette dénomination de chémosis dans Saint-Yves pour désigner l'ophthalmie la plus violente. Aussi l'ophthalmie purulente de l'adulte sévissant épidémiquement, endémiquement dans certains pays, nous paraît avoir été la première connue.

L'ophthalmie vénérienne vient en seconde ligne. Jean de Vigo dit déjà dans sa pratique, liv. V, chap. I, que la vérole engendre différentes maladies des yeux. Jean de Manard, dans la lettre de son livre VII en fait mention. Mais c'est Saint-Yves le premier qui étudie isolément l'ophthalmie gonorrhéique (1722). Les travaux de Camerarius (3), de Swédiaur (4), etc., sont le point de départ d'une multitude de travaux dont la simple énumération formerait une longue bibliographie.

La description à part de l'ophthalmie des nouveau-nés fut un peu plus tardive; les premiers travaux signalés sont ceux de Dease (5), Schœffer (6), Goetz (7), Dreyssing (8); plus

(1) T. III, § 85, H. Littre.

(2) T. VII, p. 279, édit. citée.

(3) *De ophthalmia venerea*, Tubingue, 1734.

(4) *Traité complet des maladies syphilitiques*, 4^e édit., t. I, p. 191.

(5) *Sur la purulence des nouveau-nés*, 1788.

(6) *Sur la purulence des glândes palpébrales comme une maladie encore peu décrite d'enfants nouveau-nés*, *Gaz. de Salzbourg*, 1791, vol. II, p. 225.

(7) *Dissert. de ophthalmia infantum*. Iena, 1791.

(8) *Dissertatio de ophth. recens. natorum*, Erfurt. 1793.

tard vinrent ceux de Van Ammon (1), et dès-lors tous les traités des maladies des yeux ont leur chapitre sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

(1) Monographie sur les infl. des yeux et des paupières des nouveau-nés, Leipsig, 1825, etc.

CHAPITRE II.

ETUDE CLINIQUE. — SYMPTOMATOLOGIE.

Faire une étude successive et distincte des symptômes propres à chacune des variétés d'ophthalmies purulentes, nous exposerait à des répétitions inutiles. Nous décrirons donc d'une manière générale l'ophthalmie purulente, puis nous signalerons les points particuliers présentés par la maladie suivant la nature de l'affection.

Un des caractères les plus saillants de la conjonctivite puriforme est la contagiosité. Or, dans toute maladie contagieuse, il y a une incubation, c'est-à-dire un intervalle de temps entre l'instant où le virus est inoculé et le moment où ce virus manifeste son action; ce premier stade existe-t-il dans la maladie qui nous occupe? point de doute à ce sujet; mais un point plus délicat est d'en déterminer exactement la durée. Il est probable que cette période très-variable est de deux à douze heures dans la majorité des cas.

C'est ce qui ressort de l'étude des faits d'ophthalmie purulente inoculée comme moyen thérapeutique, publiés par Brière, chef de clinique de Sichel, dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1873, par Panas 1878 (Société de chirurgie), par Dianoux et Kirmisson 1882 (1).

(1) L'idée de faire servir l'ophthalmie purulente à la guérison du pannus trachomateux de la cornée a été mise en exécution par Jæger de Vienne en 1812. Piringier de Gratz, puis en Belgique Van Ross, Brœck, Warlomont suivirent cet exemple. En France, le premier essai est dû à Rivan-Landreau (1857), depuis d'autres faits sont venus

Dans la description des symptômes qui va nous occuper maintenant, on pourrait, certains auteurs l'ont fait, créer des divisions artificielles. On a ainsi distingué trois périodes : la première caractérisée par le développement des accidents inflammatoires, la seconde par la sécrétion purulente, la troisième par les altérations de la cornée et des milieux de l'œil (1). Il y a certainement du vrai dans ce groupement, mais bien trompé serait celui qui s'attendrait à trouver au lit du malade une séparation bien nette entre ces diverses périodes ; suivant l'intensité de la maladie, elles empiètent les unes sur les autres, se confondent ; aussi préférons-nous donner une description uniforme se rapprochant le plus possible de l'évolution clinique de la maladie.

Comme dans tout travail inflammatoire, nous trouvons au début une congestion vive se traduisant par une injection des vaisseaux de la conjonctive. Les superficiels et les profonds dessinent vivement leurs stries rougeâtres. L'injection débute par la région tarsienne (Warlomont) pour gagner de là la conjonctive oculaire, et s'accentuer surtout au niveau de la caroncule lacrymale, du pli semi-lunaire et de la moitié inférieure de la conjonctive oculaire et palpébrale.

Elle peut être plus ou moins intense, tantôt rouge ordinaire, tantôt passant au rouge écarlate, au rouge brun et même au violet, quelquefois uniforme, quelquefois présentant des taches ecchymotiques. Dans l'ophtalmie purulente violente, l'injection arrive très-rapidement à la phase la plus élevée.

Le travail inflammatoire ne tarde pas à se manifester ; un

s'ajouter. Deux articles récents, l'un de M. Kirmisson, dans la *Semaine médicale* du 19 octobre 1882, l'autre de M. Dianoux, dans le *Progrès médical* des 14 et 21 octobre tendent à vulgariser cette méthode.

(1) Fouilloud-Buyat, opht. pur. de l'adulte, th. de Paris 1875, p. 8.

exsudat chargé de leucocytes envahit la conjonctive, le tissu cellulaire sous-conjonctival, d'où résulte un gonflement de la muqueuse et des paupières.

Cette infiltration ne fait qu'augmenter et avec elle augmente le gonflement. On voit alors se former un bourrelet péricornéen, portant le nom de chémosis. La conjonctive est hérissée de petites saillies dues à l'hypertrophie des papilles normales. Les paupières sont distendues, œdématisées, les plis s'effacent, la paupière supérieure riche en tissu conjonctif lâche, prend un développement considérable, son poids la fait tomber sur la paupière inférieure et son cartilage prenant un point d'appui sur le chémosis, le bord ciliaire est renversé en dedans. Il se produit ainsi un entropion inflammatoire pouvant précipiter la formation de lésions dans la cornée.

Lorsque la maladie a marché, que l'inflammation et le gonflement de la paupière supérieure ont diminué, la conjonctive restant boursoufflée, il se produit un ectropion.

Lorsque le chémosis est très-intense, il forme autour de la cornée un cercle de fer (Ricord) (1). La nutrition de cette dernière membrane est compromise et elle ne tarde pas à subir des altérations si le chémosis persiste. Nous reviendrons sur ce point un peu plus bas.

Occupons-nous maintenant de la *nature de la sécrétion*. Au début, la conjonctive ne laisse exsuder qu'un liquide aqueux qui se mêle aux larmes. Cette sécrétion présente souvent une teinte citrine. Nous l'avons constatée bien évidente chez l'enfant qui fait le sujet de notre observation N° 4. L'ictère concomitant ne devait pas être sans influence sur cette coloration. Le liquide qui s'écoule ne conserve point longtemps cet aspect, il devient blanc-jaunâtre, épais : c'est du véritable pus qui agglutine le bord libre des paupières, s'accumule

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. XXI, p. 347, 1841.

dans la cavité conjonctivale au point de sortir en jet lorsqu'on écarte les paupières brusquement. Cette production de pus peut être considérable et arriver jusqu'à plusieurs onces par jour (Vetch). Puis le pus devient moins épais, mais plus abondant.

Nous voyons ainsi qu'en s'appuyant sur la forme de l'écoulement, on a pu diviser en trois stades l'ophthalmie purulente: dacryorrhée, pyorrhée et blennorrhée.

Nous voici arrivés à la période d'état. Un mot, avant d'aller plus loin, sur les symptômes subjectifs.

Dès le début, le malade éprouve de la chaleur, de la cuisson, des démangeaisons et une photophobie qui ne fait qu'augmenter avec la marche ascendante de l'inflammation; un peu plus tard, par suite de la richesse nerveuse de la conjonctive qui est distendue par le travail inflammatoire, les douleurs deviennent d'une intensité remarquable pulsatives, lancinantes, elles occupent tout l'œil et s'irradient même aux tempes et à toute la tête. Cette douleur présente une exacerbation vespérale et nocturne à forme intermittente, qui empêche le malade de dormir.

Lorsque la suppuration est bien établie, que la maladie évolue vers la guérison, les douleurs se calment ou tout au moins diminuent. Mais si la cornée, si les milieux de l'œil sont envahis, une intensité plus grande de la douleur devenue plus profonde, caractérise cette marche aggravante dont nous devons donner un aperçu.

La conjonctivite purulente parvenue au point où nous sommes, peut ou bien guérir ou bien s'aggraver rapidement, en amenant la perte plus ou moins immédiate des yeux, ou bien passer à l'état chronique.

Dans le premier cas, on voit tous les phénomènes s'amender rapidement; l'écoulement devient muqueux, puis séreux, le chémosis se résout, la rougeur de l'œil disparaît peu à peu;

la cornée, elle-même, si elle a été envahie, se répare bientôt.

Dans le second cas, les altérations de la cornée deviennent prédominantes. La pathogénie en est assez simple. Le chémosis persiste, et avec lui persiste la compression des vaisseaux de la conjonctive, et aussi des vaisseaux du tissu sous-conjonctival qui sont les vaisseaux nourriciers de la cornée.

La nutrition de celle-ci est forcément troublée, peut-être aussi le contact continu du pus et une migration des globules blancs dans son épaisseur doivent-ils entrer en ligne de compte. Un élément beaucoup plus important dans ces altérations de la cornée est la fluxion intra-oculaire qui se produit à un certain moment. Cette fluxion est due à une irido-choroïdite qui surviendrait par propagation de l'inflammation de la conjonctive ou à une choroïde (Giraldes) (1).

Le résultat de cette fluxion est l'augmentation de la tension intra-oculaire. La sclérotique avec ses fibres denses et serrées résiste; la cornée doit alors céder, et en effet elle fait saillie en avant; de telle sorte que, poussée en arrière par la tension intra-oculaire, comprimée en avant par la compression du chémosis, par la pression des paupières, cette membrane se trouve dans des conditions de vitalité très-défectueuses (2). Sa structure ne tarde pas à s'altérer.

M. Meyer (3) a décrit d'une façon aussi succincte qu'exacte les formes qu'affectent les lésions cornéennes: « Nous pouvons, dit-il, distinguer trois manières différentes suivant lesquelles la cornée est atteinte:

» 1° Il se forme à divers endroits des facettes, c'est-à-dire de petites pertes de substance dans l'épithélium de la cornée

(1) Fouilloud-Buyat, thèse citée, p. 11.

(2) La section du trijumeau après sa réunion avec le grand sympathique, occasionne des lésions analogues.

(3) Ouvrage cité, p. 56.

qui passent facilement inaperçus, surtout au début lorsque la cornée conserve encore toute sa transparence.

»Si ces pertes de substance surviennent dans la première période de la conjonctivite, et que la maladie soit bien soignée, l'altération peut s'arrêter là et aboutir à une régénération complète de la substance détruite. Si cette complication du côté de la cornée se déclare lorsque l'inflammation est à son point culminant, les pertes de substances se propagent dans la profondeur de la cornée, se rejoignent, et il se forme ainsi un ulcère couvert de matière jaunâtre, qui devient de plus en plus profond et conduit à la perforation de la membrane.

»2° Il apparaît, vers le centre de la cornée dont la transparence générale est amoindrie, des points grisâtres (infiltration) qui s'étendent en largeur, fusionnent ensemble et tendent à former un abcès.

»3° L'infiltration a lieu au bord de la cornée sous forme d'anneau plus ou moins complet ; cette altération, si elle occupe une partie considérable de la périphérie cornéenne (plus d'un tiers), porte un trouble profond dans la nutrition de cette membrane et devient le point de départ d'une nécrose générale qui amène presque inévitablement la perte de l'œil.»

Ces lésions apparaissent très-rapidement, quelquefois dans les vingt-quatre heures. Si le chémosis est assez intense, toute la cornée peut s'ulcérer ; elle prend un aspect grisâtre, le feuillet conjonctival qui le recouvre se détache. La pression intra-oculaire la fait saillir en avant en forme de staphylome. Enfin, la membrane est perforée par le travail ulcératif ; l'humeur aqueuse se vide ; l'iris fait saillie en avant, quelquefois la pression est assez forte pour que le cristallin, l'humeur vitrée s'échappent au dehors. L'œil s'affaisse, les bords de la cornée se soudent et il ne reste qu'un œil ratatiné, retiré au fond de l'orbite, présentant une cornée concave.

Quand l'ulcération est localisée en un seul point, après la perforation et la sortie de l'humeur aqueuse, l'iris vient boucher l'ouverture et l'œil peut être sauvé.

Dans d'autres cas, l'abcès étant plus profond, s'ouvre dans la chambre antérieure d'où hýpopion. On peut aussi avoir des abcès en coups d'ongle (onyxis).

Dans la troisième division de Meyer, lorsque la membrane transparente est ulcérée à toute sa périphérie, on l'a vue tomber tout entière. L'œil se vide et est désormais perdu.

Ces altérations, on le comprend sans peine, peuvent présenter une extrême variété. Tous les auteurs rapportent un cas signalé par Vetch (Londres 1807), dans lequel la cornée rompue ne présentait qu'une fente linéaire sur le segment inférieur. La division était aussi nette qu'elle avait été faite par un instrument tranchant. Quelques jours après, il est vrai, la cornée devint opaque, staphylomateuse et l'œil fut perdu.

Galezowski a signalé une nécrose et une exfoliation complète de la cornée: l'iris tout entier projeté en avant vint se coller à la membrane de Descemet.

Si ce travail destructif n'a point détruit toute la cornée, que la guérison survienne, les lésions de la cornée se réparent vite.

Les perforations peuvent être multiples: l'iris vient faire hernie par chacune d'elles et l'on a dans ce cas le *staphyloma racemosum*.

Si la division a lieu à la périphérie, il pourra ne pas y avoir saillie de l'iris, et la membrane de Descemet se rétractant il pourra rester une fistule cornéenne.

La présence d'une portion de l'iris dans les lèvres de la plaie est toujours grave. La portion herniée s'enflamme, contracte des adhérences avec les bords de l'incision et fait dès-lors partie de la cicatrice. Cet enclavement de l'iris devient une source continuelle d'irritation pour les nerfs ciliaires pendant

les contractions de la pupille, et le malade se trouve dans d'excellentes conditions pour voir se produire un glaucome.

D'ailleurs, les affections profondes de l'œil peuvent aussi se produire d'emblée. M. Ricord a insisté sur ce point. Une iritis se déclare, l'humeur aqueuse se trouble, l'œil est perdu. Le pronostic est très-grave, car une ophthalmie sympathique peut frapper l'autre œil.

Lorsque ces diverses complications vont se produire, les douleurs deviennent plus profondes, plus lancinantes ; il y a de l'insomnie, il peut y avoir du délire : c'est une véritable poussée de glaucome aigu. Lorsque la cornée a cédé, il se produit un subit apaisement dans ces violentes manifestations. Le malade a senti un liquide tiède couler sur ses joues. Il en avertit le médecin, il se croit au bout de ses peines. Mais si l'iris a bouché la perforation, une nouvelle augmentation de tension intra-oculaire se produit, et une nouvelle perforation de la cornée peut se faire, si on ne la prévient point par la paracentèse.

Pendant qu'évoluent ces phénomènes locaux, il se produit aussi des symptômes généraux ; la langue est saburrale, la figure est animée, le pouls est fréquent, la température du corps est élevée ; disons en passant que la température de la région oculaire surtout au début est notablement augmentée. Toutes ces manifestations générales présentent une exacerbation lorsque surviennent les complications du côté de la cornée ou des membranes profondes. Mais elles diminuent peu à peu pour cesser tout à fait, lorsque la guérison est le terme, ou lorsque la maladie passe à *l'état chronique*.

C'est en effet le troisième mode de terminaison de la maladie. Dans ce cas, l'œdème et la vascularisation font place à une induration et à une hypertrophie des éléments de la conjonctive. Les papilles rouges et infiltrées de leucocytes (Jamain et Terrier) donnent à la muqueuse un aspect hérissé

que certains auteurs ont à tort qualifié de granuleux. Cette forme chronique présente de temps en temps des poussées et le résultat terminal est l'altération des cornées, la perte plus ou moins complète de la vue. Notre observation N° 3 en constitue un exemple des plus typiques.

Durée. — La maladie peut évoluer avec une rapidité effrayante: huit heures, dix heures suffisent pour amener la fonte de l'œil. D'autres fois, on n'arrive à ce résultat qu'en dix ou douze jours. La période franchement inflammatoire ne dure guère plus de trente heures, mais l'écoulement purulent peut se continuer quinze jours sans se modifier. «En général, l'évolution de la maladie demande trois ou quatre semaines, abstraction faite des complications ou de son passage à l'état chronique.» (Meyer.)

Après cette description aussi complète que possible de la symptomatologie en général, il nous reste à signaler succinctement quelques points particuliers à chacune des trois variétés d'ophthalmies purulentes que nous étudions.

1° Ophthalmies des nouveau-nés. — La maladie débute au quatrième ou au sixième jour de la naissance. Elle peut quelquefois présenter tous les symptômes d'une ophthalmie catarhale, la purulence éclate brusquement. Baron (1) ajoutait beaucoup d'importance à la présence sur le centre de la paupière supérieure d'une ligne rouge, s'étendant d'un angle à l'autre, pour pronostiquer l'apparition d'une ophthalmie purulente.

Les lésions siègent surtout sur la conjonctive palpébrale; le chémosis est rare. Les paupières ont une grande tendance

(1) Cité par Deval, *Maladies des yeux*, p. 246.

à se renverser. Chez les enfants surtout, on observe une forme bénigne d'ophthalmie purulente se localisant sur le bord ciliaire.

Quant à l'écoulement, il présente assez souvent une apparence particulière signalée par Chassaignac (1). Le pus se concrète en fausses membranes minces et transparentes que l'on fait apparaître et que l'on enlève en même temps par les douches oculaires. Cette fausse membrane n'a rien de spécifique, et il est bien entendu que l'ophthalmie purulente qui en présente n'a rien de commun avec l'ophthalmie diphthérique magistralement décrite pour la première fois par M. le professeur Bouisson dans son Tribut à la chirurgie (2).

Notons en terminant l'affaiblissement considérable du jeune enfant.

2° *Ophthalmie blennorrhagique*. — C'est surtout dans celle-ci que l'on observe la rapidité de l'évolution morbide, les douleurs vives à forme intermittente. Hairion (de Louvain) (3) a voulu donner comme signe caractéristique la présence d'un bubon pré-auriculaire pouvant prendre le volume d'une petite noisette. Mais c'est là un fait très-rare, nié par Ricord; le professeur de Louvain avait cependant construit là-dessus une théorie erronée d'après laquelle l'ophthalmie blennorrhagique serait de nature syphilitique.

(1) Sur la nature et le traitement de l'opht. purulente, *Annales d'oculistique*, 1847, t. xviii, p. 138. Recherches sur la nature de l'opht. pseudo-membraneuse; archives d'ophtalmologie, 1854-1855, t. iii, p. 235; t. iv, p. 35.

(2) Bouisson, Compte-rendu de la clinique chirurgicale de Montpellier, 1846, et *Annales d'oculistique*, t. xvii, p. 46 à 100, 1847. — Tribut à la chirurgie, t. ii, p. 305, 1861.

(3) Mémoire sur l'opht. gonorrhéique, *Annales d'oculistique*, t. xv, p. 193, 1846 et t. xviii, p. 205, 1847.

Rien de plus à signaler. Cette ophthalmie est celle qui se rapproche le plus de la description générale que nous avons donnée.

5° *Ophthalmie contagieuse. — Ophthalmie des armées. —*
Celle-ci ne présente rien de particulier à signaler, si ce n'est sa tendance à la chronicité.

CHAPITRE III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous avons été souvent forcés d'empiéter sur ce chapitre en traitant de la symptomatologie. Les phénomènes cliniques en effet sont bien souvent sous la dépendance d'une modification intime du tissu malade; l'on ne peut comprendre l'un sans bien connaître l'autre. Le chapitre précédent est donc tout à la fois une introduction et un complément à celui-ci.

Un mot sur la structure normale de la conjonctive.

Cette membrane qui par ses fonctions rentre presque dans le groupe des séreuses, est cependant une muqueuse au point de vue histologique. Un épithélium, un chorion, une couche sous-muqueuse, telle est sa structure fondamentale.

L'*épithélium* varie suivant les points: pavimenteux stratifié sur le bord libre des paupières et sur toute la portion tarsienne, il devient cylindrique stratifié au-dessus du point d'adhérence des cartilages tarses, pour redevenir pavimenteux sur le bulbe oculaire.

Le *chorion* est du tissu adénoïde de Hiss: des mailles de tissu conjonctif remplies de corpuscules lymphoïdes. Ce chorion présente de petites saillies qui soulèvent l'épithélium, et sont très-vasculaires: ce sont les papilles de la conjonctive. Elles diminuent de nombre et augmentent de grandeur à mesure qu'on s'approche du cul-de-sac. La muqueuse du

globe de l'œil et celle qui avoisine le bord libre des paupières en sont dépourvues.

La *couche sous-muqueuse* est du tissu conjonctif. Très-lâche sur la conjonctive bulbaire, surtout au niveau des culs-de-sac, il est très-serré sur la conjonctive palpébrale. Ajoutez à ces trois éléments fondamentaux, des glandes, des vaisseaux, des nerfs et la structure sera complète.

Les *glandes* sont très-nombreuses; nous ne faisons que rappeler les glandes ciliaires, les glandes de Meibomius, situées dans l'épaisseur du cartilage tarse, de nombreuses glandes en tube, des glandes en grappe (sous-conjonctivales de Sappey; glandules lacrymales des auteurs); mais nous devons signaler plus particulièrement les glandes récemment découvertes par Wolfring (1) et qui occupent dans l'épaisseur même du cartilage tarse, l'espace compris entre l'insertion du releveur de la paupière supérieure et les glandes de Meibomius.

La richesse vasculaire des paupières et de la conjonctive est des plus remarquable. La conjonctive en général reçoit une foule de rameaux des branches de l'ophtalmique; la conjonctive bulbaire en particulier reçoit des rameaux des ciliaires antérieures.

Ces vaisseaux forment d'abord un magnifique réseau superficiel très-flexueux, en zigzag, suivant les déplacements de la conjonctive, et aussi un réseau profond fixé dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Ce dernier se perd vers le bord de la cornée, le premier perfore la sclérotique d'avant en arrière dans le voisinage de la même membrane (Meyer).

Les veines forment un plan sous-muqueux réticulé et se rendent toutes dans la veine ophtalmique.

(1) *Klinische Monatsblätter für augenheilkunde*, 1874.

Y a-t-il des lymphatiques? Sappey en nie l'existence malgré les affirmations de Breschet, Fohman, Arnold, Krause, qui en particulier les fait communiquer avec le canal lymphatique faisant le tour de la cornée et décrit par Teichmann.

Les nerfs très-nombreux viennent des rameaux frontal, lacrymal et nasal de l'ophtalmique de Willis, de quelques-uns des nerfs ciliaires pour la conjonctive bulbaire. Ils se terminent par des corpuscules claviformes découverts par Krause.

Cette structure compliquée permet de prévoir la gravité d'une inflammation vive de cette membrane.

Nous avons déjà dit ce qu'il y avait de caractéristique dans la vascularisation de la conjonctive, ce qui la distingue de la vascularisation scléroticale.

Le processus inflammatoire suit sa marche habituelle. Après la congestion, survient la période d'exsudat; en effet, les mailles de la conjonctive sont gorgées de liquide qui peut être séreux au début mais qui ne tarde pas à devenir purulent. Le tissu conjonctif le plus lâche est celui qui présente la plus grande infiltration, c'est ce qui a lieu au niveau de la sclérotique; mais sur la périphérie de la cornée la membrane est réduite à un épithélium qui est intimément uni avec le tissu cornéen. L'infiltration se trouve donc arrêtée au niveau de la cornée; elle ne peut détacher la couche épithéliale conjonctivale, d'où un bourrelet qui n'est autre chose que le chémosis.

C'est surtout dans la couche sous-conjonctivale que se fait cet exsudat; sa laxité particulière explique cette prédominance. Mais nous ne croyons pas que cela suffise pour donner à l'ophtalmie purulente le nom d'ophtalmie *conjonctivale profonde*, comme le fait M. Warlomont qui donne le nom d'ophtalmie conjonctivale superficielle et d'ophtalmie conjoncti-

vale moyenne aux formes bénigne et grave de conjonctivite catarrhale. Dans l'ophtalmie purulente, tous les éléments sont pris. Pourquoi proposer une dénomination qui tend à faire complètement oublier la différence de nature ?

Sous l'influence de ce travail phlegmasique, les cellules épithéliales prolifèrent ; les plus superficielles sont incessamment poussées par une génération nouvelle.

La distension des tissus rend la nutrition imparfaite : « les cellules n'arrivent pas à leur maturité physiologique et se déforment par pression réciproque. Elles subissent fréquemment la dégénérescence albumino-graisseuse, s'infiltrent même de mucosités (1) », et finalement tombent entraînées par la sécrétion générale.

Celle-ci ne tarde pas à devenir purulente. Nous n'avons point à insister sur la génèse et la constitution du pus. Il nous suffira d'ajouter à ce sujet que lorsque le pus se concrète en fausses membranes, ces dernières n'ont rien de spécifique. M. Lebert, qui en a fait l'examen (2), a montré qu'elles n'étaient composées que par de la fibrine coagulée, sous forme striée et granuleuse, et emprisonnant dans sa substance une multitude de globules de pus, que des lavages à l'eau rendaient plus évidents. Dans le diagnostic, nous préciserons davantage les divers points qui séparent l'ophtalmie purulente avec sécrétion pseudo-membraneuse, de l'ophtalmie franchement diphthéritique.

On ne doit pas aussi prendre les papilles rouges tuméfiées, donnant à la membrane un aspect velouté, pour des granulations véritables. Celles-ci « sont des productions spéciales, identiques sur toutes les muqueuses, transmissibles de l'une à l'autre par voie de contagion, et émanant d'un virus qui

(1) Warlomont, art. cité, p. 670.

(2) V. Chassaignac, ouvrage cité.

peut être nommé virus granuleux, et qui se régénère à l'infini dans les altérations qu'il engendre (1). » Or, elles n'existent pas nécessairement dans l'ophthalmie purulente franche.

Une lésion qui ne manque pas d'intérêt, signalée par Wolfring, est celle qui porte sur les glandes. Le tissu interglandulaire proliféré est rempli d'éléments lymphatiques ou embryonnaires, de sorte que les lobules sont isolés et représentent autant de glandules. « D'après Wolfring, la matière virulente serait élaborée dans ces culs-de-sac glandulaires et non à la surface de la muqueuse (2). » Les éléments glandulaires de l'urèthre sont analogues. La grande analogie des lésions glandulaires dans les ophthalmies purulente, granuleuse, diphthéritique, expliquerait, d'après le même auteur, la transformation de ces maladies les unes dans les autres. Les glandes du cul-de-sac seraient les premières prises.

Telles sont les lésions histologiques que nous trouvons dans la période d'état. Quand la guérison survient, les liquides infiltrés se résorbent, les cellules du tissu cellulaire qui étaient gonflées et distendues, reprennent leur aspect normal. Les vaisseaux se contractent et la muqueuse reprend son poli primitif.

Dans l'état chronique, les fibres et les cellules du tissu conjonctif ont proliféré, l'épithélium est épaissi et les papilles restent hypertrophiées et rouges.

Nous terminerons cette revue anatomo-pathologique, en examinant les lésions qui se produisent en dernier lieu, c'est-à-dire, les lésions de la cornée: opacités, abcès, ulcérations.

La membrane transparente peut présenter pendant la ma-

(1) Deval, *Maladie des yeux*, p. 224.

(2) Abadie, *Traité des maladies des yeux*, t. 1, p. 154.

ladié, ou sa suite, des opacités. D'après certains auteurs, elles seraient dues à un gonflement considérable des cellules propres de la cornée, auquel se joindrait une transformation graisseuse du tissu lamellaire (1).

Les abcès cornéens débuteraient par une infiltration d'une masse de noyaux et de corpuscules graisseux, qui deviennent ensuite purulents. Quand l'abcès s'est ouvert au dehors, si l'ouverture est à la périphérie, il peut y avoir réparation par prolifération des cellules transparentes voisines; si elle est au centre, il se forme une cicatrice blanchâtre, formée de cellules graisseuses, de globules de pus et de sels calcaires. Lorsque le pus pénètre dans la chambre antérieure, sa présence dans cet endroit peut être le point de départ d'une fonte purulente de l'œil.

Les ulcérations de la cornée représentent encore le processus le plus compliqué. Il se passe là, en effet, un double travail d'inflammation et de nécrose moléculaire, dont le résultat est une perte de substance plus ou moins grande.

L'altération peut débiter par le feuillet conjonctival qui recouvre la cornée; il s'infiltré de sérosité et se sépare ainsi du tissu propre. Cette infiltration se fait à la périphérie, ordinairement sur le segment inférieur. Assez souvent le cercle se complète, d'où une suppression presque absolue de la nutrition.

Dans d'autres circonstances, les couches propres et superficielles de la cornée sont les premières frappées. Il se produit une infiltration grisâtre de ces dernières occupant des points variés, pouvant se fusionner pour former une vaste ulcération à configuration variable.

Telles sont les principales modifications histologiques, com-

(1) Fouilloud-Buyat, thèse citée, p. 23.

munes aux trois variétés d'ophtalmies purulentes, qui, à ce point de vue, sont parfaitement identiques. Peut-être y-a-t-il, dans l'une d'elles, prédominance de telle ou telle lésion, mais il n'y a rien de caractéristique. Le chapitre suivant sur l'étiologie nous permettra de les distinguer par la différence d'origine.

CHAPITRE IV.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

Si l'étude des causes établit surtout une différence entre les diverses ophthalmies purulentes, il n'en est pas moins vrai que l'étiologie est dominée par de grands faits qui montrent les liens intimes qui les unissent entre elles : nous voulons parler de la contagion. « Toute inflammation de la conjonctive qui sécrète est inoculable, et par suite transmissible (1). » Telle est la loi qui préside à l'évolution et à la propagation des conjonctivites en général, et par conséquent des conjonctivites purulentes. Mais « ce qui nous paraît plus important à constater, c'est que l'inoculation des produits de la sécrétion n'amène pas toujours la même forme d'affection (2). »

Ainsi nous voyons dans l'inoculation d'un même produit à des individus différents, survenir tantôt une conjonctivite catarrhale, tantôt une conjonctivite purulente, d'autres fois une conjonctivite diphthéritique. Ce qui modifie ainsi l'évolution d'un même virus, c'est le milieu qui varie nécessairement suivant l'individu, suivant aussi l'état atmosphérique. Ces idées qui sont aujourd'hui généralement admises, renversent de fond en comble la théorie édifiée par Thiry dès 1858 et qu'il a complétée depuis (3). « Les écoulements blennorrha-

(1) De Græfe, *Berliner klinische Wochenschrift*, 27 janvier 1864.

(2) Meyer, *loc. cit.* p. 59.

(3) Leçons d'ophtalmologie, Bruxelles 1864, p. 135.

giques (1), dit-il, varient de nature d'après leurs causes et leurs altérations ; or, la matière de ces écoulements de nature si différente, déposée directement ou indirectement sur la conjonctive, n'y provoque pas une phlegmasie uniforme et toujours essentiellement la même, mais bien une phlegmasie qui sera en concordance par sa nature avec la cause qui l'aura suscitée. Ici le muco-pus provenant d'une uréthrite simple, légère, aiguë, intense, déposé sur la conjonctive, y développera non une entité blennorrhagique qui ne se comprend pas, mais bien une conjonctivite également simple, avec folliculite et papillite, sécrétion muqueuse ou muco-purulente, suivant son degré d'intensité..... dépourvue de toute spécificité ; ce sera une variété de l'ophtalmie simple.

» Mais que le pus uréthral, vaginal, utérin, déposé sur la conjonctive, soit le produit de cette altération néoplasique, sans analogue, que nous avons appelée granulation.... cette cause sera contagieuse, virulente, et les altérations qui en résulteront seront spécifiques. Cette grave affection, je l'appellerai *blennophthalmie virulente granuleuse*. »

Tout dépendrait donc de la nature du pus, d'après le professeur belge. D'après les idées actuelles, au contraire ; ce qui commande la forme de la maladie, c'est l'état du sujet, sa réceptivité, le milieu dans lequel il vit. Nous sommes entièrement de cette dernière opinion.

M. Thiry, en effet, prend pour point de départ de sa théorie un principe qui est au moins contesté : c'est la dualité des uréthrites. Pour nous, nous croyons que, cliniquement, il existe une uréthrite simple et une uréthrite virulente blennorrhagique à proprement parler. Sans doute, le pus de la première donnera ordinairement une ophtalmie d'une

(1) Il faut entendre par là les écoulements muco-purulents très-abondants sans s'occuper de la nature.

intensité moindre que le pus de la seconde. Mais l'inflammation pourra être dans le premier cas franchement purulente, tandis que dans le second la conjonctivite pourra être seulement catarrhale, ou bien diphthéritique, le plus souvent, il est vrai, purulente.

Si, au point de vue clinique, l'opinion de M. Thiry est repoussée, elle nous paraît devoir surtout l'être au point de vue de la physiologie pathologique. Eh quoi! pour qu'une ophthalmie soit vraiment blennorrhagique, il faut qu'elle soit due à l'inoculation d'un virus granuleux? Mais l'urétrite blennorrhagique donne au début un pus capable d'occasionner une ophthalmie puriforme. Y a-t-il des granulations dans le canal de l'urèthre? Plus tard, sous l'influence du travail inflammatoire, il peut s'en produire, mais au début il n'y en a point.

Du côté de la conjonctive, pareilles choses se passent; sans doute les granulations l'ophthalmie granuleuse est une cause prédisposante pour la réalisation d'un état puriforme. Est-ce à dire pour cela que l'ophthalmie virulente présentera toujours ces néoplasmes? Nous croyons le contraire. Lorsque la conjonctivite puriforme passe à l'état chronique, il peut à la longue se former des granulations sur la membrane malade. Mais à l'état aigu, comme dans notre observation I et II, on ne les trouve point. Nous ne les avons même pas trouvés dans notre observation III, où la maladie est à l'état chronique. Bien entendu quand nous parlons de granulations, il ne s'agit point des saillies papillaires, auxquelles certains auteurs accordent la même dénomination (Hairion), mais de vrai granulations thiryennes (Guyomar) (1), qui sont des néoplasmes et qui présentent toujours la disposition régulière en pavés (Thiry).

(1) Recherches sur les ophthalmies contagieuses, Paris 1858.

Un autre argument clinique de non moins de valeur contre la nécessité du virus granuleux, pour réaliser l'ophtalmie virulente, c'est l'action thérapeutique, exercée par l'inoculation de cette dernière sur l'état trachomateux ancien. Non seulement les opacités cornéennes sont bien améliorées, mais les néoplasmes granuleux disparaissent sous l'influence de l'état inflammatoire. La conjonctive lisse et unie n'est plus une source d'irritations continuelles pour la membrane transparente. L'observation II rapportée par M. Dianoux, dans l'article du *Progrès médical*, dont nous avons déjà parlé, est à ce point de vue du plus grand intérêt. Une jeune fille, âgée de 20 ans, atteinte de conjonctivite granuleuse avec pannus, est prise d'ophtalmie purulente; « une enquête sérieuse ne laissa guère de doute sur la nature de l'affection. » La maladie fut imparfaitement traitée à cause de l'indocilité de la malade. Mais au bout de 20 jours, « la malade était complètement débarrassée de ses granulations. Les papilles conjonctivales hypertrophiées donnent à la muqueuse un aspect rouge velouté et tout tend vers une guérison qui complètera dans quelques semaines la disparition du pannus. »

Nous pouvons donc dire que la distinction d'une ophtalmie purulente simple d'une ophtalmie purulente spécifique, telle que le comprend M. Thiry, ne peut se soutenir. Ou bien toutes les ophtalmies sont spécifiques ou bien aucune ne l'est. Il s'agit de s'entendre sur la spécificité. D'après Chauffard, « la maladie spécifique, quelles que soient les causes occasionnelles, est celle qui se manifeste et se juge par la création et l'émission de produits spécifiques, c'est-à-dire capables de transmettre à un organisme sain la maladie dont ils sont le signe et le produit. »

Si l'on prend cette définition au pied de la lettre, s'en est fait de la spécificité des ophtalmies. Nous avons vu, en effet, que si toute sécrétion de la conjonctive était inoculable et

transmissible, la forme transmise n'est pas, nécessairement, semblable à celle qui a fourni le produit inoculé. « Mais si la spécificité doit se restreindre à la seule *capacité* de transmettre une maladie similaire, sans exclusion de celles d'en développer d'autres qui en diffèrent, ainsi que le veut Chauffard. Oh! alors, toutes les ophthalmies conjonctivales sont spécifiques (1). »

Nous n'insisterons point. Nous avons déjà dit et répété que la diversité des formes transmises par un pus identique, varie suivant le sujet, le milieu. Son action peut s'arrêter au rôle de simple cause irritante ou bien trouver un terrain favorable et évoluer avec fracas. Mais dire, comme le fait M. Warlomont, que cette diversité repose principalement sur le degré de la maladie et anatomiquement sur la profondeur à laquelle le mal a pénétré, c'est s'attacher à des caractéristiques de peu d'importance et oublier qu'une ophthalmie catarrhale, par exemple, quelque profonde qu'elle soit, ne sera jamais une ophthalmie purulente. Nous reviendrons sur ce point à propos du diagnostic.

Une question que l'on doit nécessairement se poser, après avoir posé les précédents principes, est celle-ci: à quoi est due la contagiosité du pus conjonctival? Examinées au microscope, ses propriétés physiques sont les mêmes que celles présentées par un pus de toute autre région. Et cependant le pus d'un abcès quelconque ne donne point lieu aux mêmes phénomènes lorsqu'il est appliqué sur la muqueuse oculaire. Il y a donc quelque chose de plus dans le pus de la conjonctive. Faut-il attribuer son action spéciale aux corpuscules purulents que l'on trouve dans le pus conjonctival ou uréthral? (Van Roosbroeck) (2). Ces corpuscules sont-ils dus à une sé-

(1) Warlomont, art. cité, p. 642.

(2) Cours d'ophthalmologie enseigné à l'université de Gand, t. II, p. 294, 1853.

crétion particulière des glandes? (Wolfring). Ce qu'il y a de certain, c'est que la présence de ces éléments est nécessaire pour que l'inoculation expérimentale réussisse.

Y a-t-il enfin un microbe spécial? Il semble que l'on est en ce moment dans la voie pour résoudre cette question. On s'en est occupé pour le microbe de la blennorrhagie. Veisser décrit une bactérie spéciale, constituant une espèce à part, qu'il aurait observée dans 55 cas de blennorrhagie et qui manquèrent dans la balanite simple, le bubon, les chancres; et elle a été retrouvée dans neuf cas d'urétrite purulente chez la femme, dans sept cas d'ophtalmie purulente des nouveau-nés et dans deux cas d'ophtalmie blennorrhagique de l'adulte.

Bokeis cultiva avec succès le microbe, il pratiqua l'inoculation sur des personnes de bonne volonté (des étudiants) et obtint deux fois des résultats positifs avec deux gouttes seulement du liquide de culture.

M. Dianoux, à qui nous avons emprunté les détails qui précèdent, a entrepris, de son côté, des essais de culture qu'il a laissés inachevés.

Il est probable que lorsqu'on l'aura trouvé dans la blennorrhagie uréthrale et oculaire, on le retrouvera identique dans toutes les ophtalmies purulentes.

Ces généralités posées, abordons maintenant l'étude des conditions spéciales qui favorisent ou déterminent l'apparition des diverses variétés d'ophtalmies purulentes.

I. — Ophtalmie des nouveau-nés. — C'est une maladie aussi fréquente que terrible pour les jeunes enfants. Il importe donc d'en bien connaître l'étiologie pour éviter toutes les causes, aussi insignifiantes qu'elles puissent paraître, capables de favoriser son apparition.

Il y a des causes prédisposantes : les enfants chétifs et délicats, nés de parents vieux ou affaiblis par les maladies, la syphilis entre autres, sont plus propres à être frappés surtout si, à cette disposition subjective, viennent s'ajouter de mauvaises conditions d'alimentation, de propreté et d'habitation.

Parmi les causes déterminantes, la première qui se présente à l'esprit est l'inoculation par la mère pendant l'accouchement. La tête du fœtus séjourne quelquefois longtemps dans le vagin. Celui-ci peut être le siège d'un écoulement blennorrhagique qui se mettra en contact avec la conjonctive de l'enfant. On a bien dit que l'enfant naissant les yeux fermés, le contagé ne pouvait se faire (Carron du Villars). Mais si l'on consulte les statistiques, on voit que les enfants, porteurs d'ophtalmies naissent ordinairement de mères présentant des écoulements leucorrhéiques avant l'accouchement.

D'ailleurs, pour traiter cette question de l'étiologie chez le nouveau-né, nous ne pouvons mieux faire que de rapporter, en la complétant, la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie le 16 et le 25 novembre 1870.

Une épidémie d'ophtalmie purulente régnait à l'hôpital des enfants assistés. M. Marjolin demande pourquoi on n'isolait pas les enfants atteints pour éviter la contagion. M. Gueniot, médecin traitant, répondit qu'il ne l'avait point fait, parce qu'il attribue la maladie non à la contagion, mais aux pleurs, à la lumière trop vive, aux courants d'air. Il guérit d'ailleurs, dit-il, 99 enfants sur 100 avec le crayon mitigé.

Les raisons données par M. Gueniot ont certainement une valeur; toutes les causes d'excitation oculaire favorisent les conjonctivites. On a même remarqué que dans les épidémies, les enfants placés près des fenêtres étaient les premiers frappés. Mais cela suffit-il? Les inflammations conjonctivales

étant transmissibles, isoler est une chose de prudence élémentaire.

M. Blot fait jouer le plus grand rôle aux mauvaises conditions hygiéniques des salles des femmes en couche.

M. Giraud-Teulon affirme que les ophthalmies sont plus fréquentes chez des enfants soignés par des femmes atteintes de leucorrhée.

La chose, quoique paraissant ressortir des statistiques rapportées par Warlomont, n'est pas acceptée par tous. M. Depaul entre autres, dont l'autorité en telle matière ne se conteste pas, croit d'après Dubois, que la cause la plus importante est le milieu ; il ne croit pas à l'influence de la leucorrhée et même de la blennorrhagie de la mère, car les yeux sont fermés.

M. Giraud-Teulon déclare alors qu'il parlait de la leucorrhée des gens attachés au service des enfants. Les infirmières atteintes d'écoulements vaginaux contamineraient donc les yeux de l'enfant en leur prodiguant des soins.

C'est sans doute là une cause qui peut agir, mais, bien plus rarement, que la même affection siégeant dans le vagin de la mère.

Une dernière opinion émise dans cette discussion, est celle de M. Giraldès. Pour lui l'existence préexistante de granulations explique la prédisposition de l'enfant à réaliser l'ophthalmie purulente.

Il est facile de voir par cette revue combien multiples sont les causes invoquées pour expliquer l'apparition de l'ophthalmie chez l'enfant. Chaque auteur a son opinion favorite, ce qui prouve que chacune des causes peut à son tour jouer un rôle prédominant.

La contagion immédiate dans le vagin, ou médiate par les mains, les linges, les éponges, etc., constitue une cause puissante, mais ce n'est pas tout.

L'enfant venant au monde, est brusquement chassé d'un milieu à température constante, dans une atmosphère plus ou moins froide. Sa peau, ses muqueuses commençant à peine à fonctionner sont violemment impressionnées. On le plonge dans de l'eau, et l'éponge qui enlève les mucosités qui souillent son corps, sert trop souvent à nettoyer ses yeux, souvent on le lotionne encore avec des substances excitantes : eau de Cologne, eau-de-vie, savon, toutes choses qui chez un sujet prédisposé peuvent irriter les conjonctives.

Puis on comprime l'enfant dans des langes étroits qui congestionnent la tête, on le porte à l'église où l'ablution baptismale se fait souvent avec de l'eau froide.

Toutes ces conditions jouent un rôle important dont on doit tenir compte. Ce qui prouve d'ailleurs que la maladie dépend souvent d'une cause qui agit après la naissance, c'est que l'ophthalmie purulente qui généralement débute au troisième ou quatrième jour, peut survenir au dixième et même au onzième ; nous devons ajouter aussi la transmission de l'ophthalmie par l'air vicié, en un mot, par l'infection. Cette question sera examinée plus loin à propos des autres ophthalmies.

L'enfant qui fait le sujet de l'observation suivante, paraît avoir contracté son affection par contagion directe : la mère avait des écoulements avant la grossesse. Elle est d'ailleurs pâle et affaiblie ; l'enfant chétif et délicat a présenté une violente ophthalmie double, qui, grâce à toutes ces mauvaises conditions combinées, et malgré le traitement le plus énergique, s'est terminée d'une façon désastreuse. Ajoutons que la mère insouciante ne lavait peut être pas les yeux à l'enfant aussi souvent que son état le réclamait, quoiqu'on lui eut fait à ce sujet les recommandations les plus sérieuses.

OBSERVATION I

Ophthalmie purulente des nouveau-nés

Laconture Gustave, jeune enfant, né le 1^{er} octobre 1882, entre le 7 octobre avec sa mère, au n° 3 de la Salle Notre-Dame. L'enfant est porteur d'une ophthalmie purulente qui a commencé il y a trois jours.

En écartant les paupières, on voit les yeux remplis de pus : la conjonctive rouge et épaissie fait déjà saillie autour de la cornée. Le jeune malade est chétif, il est atteint d'un léger ictère. Sa mère avait des écoulements lencorrhéiques avant l'accouchement.

Le 8, on cautérise immédiatement les yeux avec une solution de nitrate d'argent au trentième, on prescrit des lavages à l'eau froide très-souvent répétés dans la journée, application d'eau glacée dans l'intervalle.

Le 9, la suppuration est moins abondante, en écartant les paupières, on en voit sortir un liquide séreux et jaunâtre. Nouvelle cautérisation, mêmes soins consécutifs.

Le 10, on constate une amélioration marquée, on cautérise encore, et on insiste auprès de la mère pour qu'elle pratique des lavages répétés très-souvent dans la journée.

Les 11, 12, 13, 14, 15, l'état se maintient à peu près identique, la suppuration avait diminué, mais persistait tout de même ; chaque jour on avait pratiqué la cautérisation.

Le 16, on s'aperçoit que les cornées sont envahies par un travail inflammatoire ; elles sont grisâtres à la périphérie : on fait des instillations d'atropine et on applique un bandage compressif.

Le 17, la cornée de l'œil droit est complètement opacifiée ; elle est même ulcérée à la partie inférieure et interne ; l'iris fait hernie à travers les lèvres de l'ulcération : instillations d'atropine, occlusion.

Le 18, l'œil gauche présente les mêmes altérations, la cornée est ulcérée : l'iris fait hernie, les deux yeux sont perdus.

Nous avons revu cet enfant au commencement de décembre. Les ulcères se sont cicatrisés, mais les cornées sont complètement opaques. Tout écoulement a cessé, et la conjonctive présente son aspect normal. L'enfant a du muguet ; sa santé nous paraît bien compromise.

II. Ophthalmie blennorrhagique. — Ce chapitre paraît au premier abord devoir être fort court. Ne semble-t-il pas en effet que l'ophthalmie dont il s'agit résulte toujours d'une contamination par du pus urétral ? Dans la plupart des cas, il en est ainsi ; mais souvent la contagion échappe, passe inaperçue. Aussi les auteurs ont varié dans les explications qu'ils ont données, ou du moins, ils ont admis plusieurs modes de production. Quelques-uns n'ont qu'un intérêt historique.

L'opinion de F. Hairion, attribuant la conjonctivite blennorrhagique à une influence miasmatique, parce qu'un enfant couchant avec son père, atteint de blennorrhagie, est pris d'ophthalmie purulente, nous paraît plus que problématique. Il est fort probable en effet qu'il y eut contagion.

Que dirons-nous du singulier moyen de transmission admis par Dupuytren et Scarpa ? Le derme servirait d'intermédiaire entre les deux muqueuses. Il est vrai que ces deux maîtres rattachaient la plupart des cas à l'inoculation.

On a aussi admis une infection générale, produite par la

blennorrhagie, et pouvant se manifester par une inflammation conjonctivale.

Nous avons trouvé ces diverses idées consignées dans le travail de Puig, paru dans la *Revue thérapeutique du Midi*, en 1850 (1). Nous n'insisterons point et nous étudierons l'étude des trois grandes théories, qui ont tour à tour régné sur cette question. On a en effet attribué tour à tour l'ophthalmie survenant chez le blennorrhagique à la *métastase*, à l'*inoculation*, à la *sympathie*. « Cette maladie, dit St-Yves (2), est assez rare, et a pour principe une cause vénérienne. J'ai vu plusieurs personnes qui en étaient atteintes; dans la plupart, cette maladie a paru deux jours après qu'un écoulement vénérien avait commencé. La matière ayant cessé de sortir par les voies ordinaires, a causé une métastase, ou un transport à l'œil, par lequel il coulait une matière semblable, et qui teignait le linge, de même que celle qui coulait par les voies ordinaires. »

C'est le premier auteur qui énonce franchement cette théorie; mais avant d'aller plus loin, il faut se demander ce que l'on doit entendre par métastase. C'est une erreur commune à bien des médecins, de comprendre par là un déplacement de maladie, quittant un organe pour se porter sur un autre. Ainsi comprise elle est inadmissible, et la métastase doit être rejetée de la pathologie. Mais si l'on entend par métastase le déplacement du principe de la maladie, on peut parfaitement l'admettre. L'affection catarrhale, qui a imprimé à l'organisme tout entier une impression particulière, peut se manifester par des parodites que l'on appelle oreillons; mais elle peut aussi se manifester par des orchites. L'orchite vient à la suite de la parotidite, mais il n'y a point entre ces deux inflammations une relation d'effet à cause.

(1) Voyez pages 420, 449, 481, 521, 547 et pour le point actuel p. 482.

(2) Traité des maladies des yeux, p. 187.

L'orchite apparaît au même titre que la parotidite, manifestation semblable de la même affection.

Il est clair que, ces réserves faites, si l'on fait de la blennorrhagie une maladie générale, comme le veulent certains auteurs, la théorie de la métastase ne mérite point d'être traitée de ridicule. On doit toutefois reconnaître qu'il est très-difficile d'en établir la vérité par des faits cliniques indiscutables.

La contagion est si facile, qu'on n'ait jamais sûr qu'elle n'ait eu lieu. Mackensie tout en mettant en suspicion l'ophtalmie par métastase, rapporte l'exemple d'un officier qui, atteint de blennorrhagie uréthrale, fut brusquement pris d'ophtalmie à la suite d'une garde montée pendant une journée et une partie de la nuit du mois de janvier. Mais le refroidissement seul ne suffirait-il pas pour déterminer une inflammation de la membrane oculaire ?

Un fait clinique achève d'enlever toute valeur à cette explication. Les auteurs partisans de cette idée, ne manquaient point, quand la phlegmasie oculaire paraissait, de s'efforcer de rappeler l'écoulement uréthral par une irritation locale. Ils introduisaient des sondes dans le canal, souvent après les avoir enduites avec le pus conjonctival; quelques-uns vont même jusqu'à souiller la sonde avec le pus uréthral d'un autre malade. Tous ces moyens rétablissaient sans doute l'abondance de l'écoulement, mais l'ophtalmie n'était point diminuée pour cela.

Boyer (1) a appuyé cette théorie de sa grande autorité: « L'ophtalmie succède à la suppression d'une blennorrhagie, et cette suppression peut être causée elle-même par un refroidissement général du corps ou des parties génitales en particulier, par des écarts de régime, surtout par l'application intempestive des substances astringentes..... Si une cause

(1) Traité des maladies chirurgicales, t. v, p. 378.

quelconque a produit sur l'œil une irritation, on concevra pourquoi cette suppression a plutôt enflammé les yeux que toute autre partie...»

En admettant toutes ces causes provocatrices accessoires, qui à elles seules pourraient produire l'ophthalmie, on peut sans trop de peine admettre les idées de Boyer. Mais malgré sa grande autorité, la métastase n'est considérée que comme une hypothèse que l'on présente dans les cas où le mode de contagion échappe.

La conjonctivite, par *sympathie*, n'a eu, elle aussi, qu'une fortune passagère. M. Sanson s'en est fait le défenseur. Il y aurait une relation sympathique entre la muqueuse oculaire et la muqueuse uréthrale. L'inflammation de cette dernière provoque dans la première une tendance à la maladie. Un courant d'air froid pourrait être la cause déterminante d'une ophthalmie qui devient rapidement purulente, mais qui, chez un autre, aurait pu rester catarrhale. Nous n'insisterons point. Nous ne nions point les sympathies qui relient certains organes. Barthez a même brillamment exposé le sujet. Dans le cas actuel, la sympathie ne peut suffire. Les ophthalmies blennorrhagiques seraient beaucoup plus nombreuses.

La théorie de l'*inoculation* est celle qui réunit le plus grand nombre de partisans. Pour celle-ci, les faits confirmatifs abondent. Ici un blennorrhagique transporte avec ses doigts, avec ses compresses le virus sur la conjonctive. Un autre se lave les yeux avec son urine pour guérir une conjonctivite et contracte une violente ophthalmie purulente.

Telle est l'étiologie chez le malade qui fait le sujet de l'observation rapportée ci-dessous. Les cas de ce genre sont nombreux. Astruc en a rapporté plusieurs.

Dans d'autres circonstances, des personnes qui n'ont point de blennorrhagie contractent des ophthalmies de cette nature en se lavant les yeux avec des éponges ayant servi à des indi-

vidus atteints de cette maladie. Les exemples sont si nombreux, qu'insister nous paraît inutile.

Cependant les partisans des autres théories refusent à l'inoculation un rôle prépondérant. Ph. Boyer, entre autres, prétend que l'ophthalmie blennorrhagique est plus fréquente chez la femme, afin de mieux faire ressortir la difficulté de l'inoculation chez les personnes de ce sexe. Malheureusement ce qu'il avance n'est point vrai. La maladie qui nous occupe est bien plus commune chez l'homme. De plus, elle débute par un seul œil, ce qui n'arriverait point si la maladie oculaire était due à la métastase ou à la sympathie.

Enfin, Decondé, Cunier, Fano, adoptent une autre cause que la contagion, c'est l'infection miasmatique. Cette dernière cause joue certainement un rôle évident dans la propagation de la conjonctivite catarrhale, par exemple dans les épidémies sévissant sur des écoles, des casernes. Nul doute qu'elle ne puisse intervenir pour les ophthalmies purulentes; les produits de sécrétion desséchés et entraînés par l'air seraient une source de contagion. Nous n'admettons point cette cause. Nous avons vu beaucoup d'ophthalmies purulentes dans les salles de l'hôpital Saint-Eloi, nous n'avons pas encore vu les voisins de lit être incommodés par ce voisinage.

Nous parlerons encore de cette question en traitant l'étiologie de l'ophthalmie purulente contagieuse ou épidémique. Mais avant rapportons un cas d'ophthalmie blennorrhagique qui peut servir de type à la maladie.

OBSERVATION II.

Ophthalmie purulente blennorrhagique.

Lacour Auguste, né à Aniane, 37 ans, cordonnier, entre le 4 octobre 1882 au N° 8 de la salle Saint-Éloi, porteur d'une ophthalmie purulente.

Être déformé par le rachitisme, il présente une jambe gauche atrophiée, présentant un raccourcissement de 0,20 c. sur celle du côté opposé. Déviation du thorax à gauche. Scoliose.

Jamais malade. En juillet, il prend une blennorrhagie. En août, orchite. A la fin août, il éprouve une légère cuisson dans les yeux; mais c'était d'abord peu de chose. En septembre, le mal augmente; une femme lui conseille de se laver les yeux avec son urine du matin; la blennorrhagie persistait d'ailleurs. Il se livre à cette désastreuse thérapeutique, et le 1^{er} octobre, il s'éveille le matin avec l'œil droit gonflé et suppurant. L'œil gauche suppure mais n'est pas tuméfié. Il ne fait rien que se laver avec de l'eau tiède jusqu'au 4, jour où il rentre à l'hôpital.

A ce moment, les conjonctives sont rouges, gonflées, le pus sort constamment à travers l'ouverture palpébrale. La blennorrhagie uréthrale a considérablement diminué.

Le 5, cautérisation au nitrate d'argent à un trentième; on neutralise l'excès par l'eau salée; compresses glacées; trois lavages par jour avec un clysopompe,

Le 6, nouvelle cautérisation; continuation des lavages.

Le 7, les cornées sont légèrement grisâtres; compresses chaudes. Il y a un chémosis énorme.

Le 8 et le 9, on répète et on continue le traitement.

Le 10, le chémosis est dur, l'écoulement a diminué.

Le 11, même état; l'altération des cornées menace de plus en plus.

Le 13, scarification de la conjonctive : lavage à l'eau chaude.

Le 14, on continue les lavages; l'inflammation paraît moins violente.

Le 15, cautérisation de la conjonctive avec le crayon au nitrate d'argent mitigé de Desmarres. L'œil gauche va beaucoup mieux; la cornée n'est plus menacée; mais dans l'œil droit on voit sur la cornée un segment supérieur opaque.

Le 17, frictions sur les paupières droites avec le nitrate d'argent pour former un vésicatoire. L'œil droit va mal; la cornée est complètement envahie.

Le 18, cautérisation au crayon de nitrate d'argent.

Le 19, nouvelle scarification de la conjonctive de l'œil droit.

Le 20, la cornée droite est complètement grisâtre; le vésicatoire argentique a peu agi. L'amélioration persiste du côté gauche.

Le 23, paracenthèse de la cornée avec le couteau lancéolair coudé; pansement occlusif.

Le 24, pas de réaction; lavage; pansement; instillations d'ésérine dans l'œil droit. L'iris fait une légère hernie à travers la plaie cornéenne.

25, instillations d'ésérine; pansement occlusif.

On continue ainsi jusqu'au 1^{er} novembre. L'œil gauche est alors guéri, mais le droit est perdu; légère hernie de l'iris. Il distingue seulement la clarté avec cet œil.

Le 15 novembre, le malade accuse des douleurs périorbitaires qu'il éprouvait depuis trois jours du côté droit. Il ne peut dormir; l'œil du même côté coule incessamment; application d'onguent mercuriel sur l'orbite; purgations.

Le 22, les douleurs ont cessé; l'œil gauche est guéri, mais en examinant le droit, on voit une cornée complètement

opaque ; la plaie est fermée, mais on distingue à son niveau un léger point blanchâtre. L'iris est déformé ; on ne peut voir le fond de l'œil. Le malade accuse cependant les sensations de lumière.

Le malade est encore à l'hôpital le 10 décembre. Nous avons examiné ses yeux. Les conjonctives ne présentent point de granulations.

III. — Ophthalmie militaire, d'Égypte, d'Algérie. —

Appelée encore *conjonctivite purulente des adultes*, *ophthalmie des armées*, *ophthalmie contagieuse*, ne manque pas d'offrir une grande confusion à cause même de ces dénominations multiples.

Ce qui la caractérise, c'est de sévir épidémiquement ou de régner d'une façon endémique dans certains pays. Au point de vue des lésions, elle peut présenter deux formes : Dans l'une, la conjonctivite présente avant l'explosion de la maladie des granulations néoplasiques ; dans l'autre, l'ophthalmie est simplement purulente et ressemble du tout au tout à l'ophthalmie blennorrhagique. La première est, sans contredit, la plus fréquente, mais la seconde existe, et quoiqu'en disent certains auteurs, il y a des épidémies de conjonctivites puriformes sans granulations (1). Nous ne voulons parler que de celles-là.

Sans doute, la description de l'ophthalmie purulente épidémique est faite ordinairement en même temps que celle des ophthalmies granulo-purulentes épidémiques. C'est même très-légitime, puisque les deux formes sévissent en même temps, revêtent chacune leur caractère spécial suivant l'individu. Mais comme nous avons voulu faire une étude d'ensemble

(1) Voyez Gosselin et Lannelongue, art. *Conjonctivite*. N. Dict. de méd. et de chir. prat., t. ix, p. 68.

des conjonctivites purulentes, il nous sera permis de nous occuper de la conjonctivite épidémique revêtant cette même forme. Nous avons déjà vu que sa symptomatologie la rapproche complètement des autres variétés.

Son étiologie présente quelque chose de particulier, c'est l'influence prépondérante du milieu atmosphérique, du climat. On l'observe dans les pays chauds, où des journées brûlantes sont suivies de nuits froides, dans les pays exposés à certains vents de la mer froids et humides. L'exposition au soleil ardent, à la blancheur éclatante de la neige a été aussi incriminée. Toutes ces variations climatiques réalisent une véritable constitution médicale, que l'on nous permettra d'appeler purulente. Sous cette influence, on verra éclater l'ophtalmie principalement chez les individus agglomérés, car l'encombrement, la mauvaise hygiène sont d'excellents adjuvants ; on voit aussi des crèches, des écoles, des manufactures, des navires, des armées être assaillis par de pareilles épidémies. Les individus les plus faibles sont les premiers frappés et ils deviennent eux-mêmes de véritables foyers de contagion et d'infection qui permettront à la maladie de prendre une plus grande extension.

Les effets du malade, tous les objets dont il se sert deviennent des moyens de transport du pus qui ira directement inoculer la maladie aux voisins. Mais en dehors de ce contact direct, c'est surtout pour cette variété d'ophtalmie que l'on admet l'infection par viciation atmosphérique. Le produit des sécrétions desséché, pulvérisé est entraîné par l'air qui transporte de tous côtés le virus.

Que les conditions qui ont donné lieu à la première explosion du mal ne cessent point et la maladie deviendra endémique, c'est ce que l'on voit surtout en Algérie, en Egypte ; mais aussi dans certaines contrées de l'Europe, dans certains points de la Belgique, par exemple.

On a accusé nos soldats de l'armée d'Égypte (1798), d'avoir transporté cette terrible maladie dans les pays de l'Europe méridionale; cette accusation est au moins exagérée. Mackensie (1) rapporte des épidémies ayant sévi en 1778 dans des villes anglaises. Mais inutile d'insister, car dans le cas particulier il s'agit surtout d'ophtalmie granuleuse.

Il est bien certain que lorsque les conditions climatériques sont favorables, une blennorrhagie uréthrale peut devenir le point de départ d'une épidémie.

Mais la maladie peut se réaliser d'emblée chez des individus mal soignés, soumis à de mauvaises conditions d'hygiène. C'est probablement ce qui est arrivé sur le navire français *le Rôdeur*, en 1819 (2). L'équipage se composait de 22 hommes; à fond de cale on avait entassé 160 nègres. L'épidémie fut épouvantable. En route ils voulurent demander du secours à un vaisseau espagnol, *Le Léon*, mais ce dernier était sous le coup du même fléau. Quand le navire atteignit la Guadeloupe, parmi les nègres 39 restèrent aveugles, 12 perdirent chacun un œil et 14 eurent des taches considérables sur la cornée. L'équipage fut encore plus éprouvé: 12 hommes furent complètement aveugles et entre autres le chirurgien; 5 perdirent chacun un œil, 4 eurent des taies considérables de la cornée avec synéchie antérieure.

Nous trouvons encore un magnifique exemple d'épidémie par propagation d'individu à individu, dans l'ophtalmie qui sévit sur le *Military Asylum* de Chelsea, destiné à l'éducation des enfants des soldats, et dont le récit est rapporté par sir Patrick Mac Gregor (3).

(1) Traité pratique des maladies des yeux, t. 1, p. 658.

(2) Voir le récit détaillé dans: *Bibliothèque ophthalmologique*, par Guillié, t. 1, p. 74, Paris 1820.

(3) *Idem*, p. 31.

Si tous ces faits montrent l'extrême gravité de la lésion, ils prouvent aussi l'influence prépondérante du milieu, de la constitution atmosphérique.

L'état du sujet doit aussi entrer en ligne de compte: les individus lymphatiques, scrofuleux, débilités par une maladie ancienne, seront les premiers et le plus gravement frappés. L'état général joue, en effet, un grand rôle dans la réalisation de l'ophthalmie purulente.

Tous les cas que nous avons observés ont frappé des individus frêles, débilités. Le malade qui fait le sujet de l'observation suivante ne fait point exception. Mais ce qui nous a paru plus intéressant encore dans son histoire, c'est que, quoique sa maladie ait débuté au milieu d'une épidémie sévissant à Bougie, quoique les altérations soient anciennes, il n'y a pas de granulations.

OBSERVATION III.

Ophthalmie purulente d'Afrique.

Breton, âgé de 40 ans, né à Challes-les-Eaux (Savoie), habitant l'Afrique (province de Constantine) depuis 20 ans, terrassier de son métier, entre le 19 avril 1882, au n° 17 de la salle Saint-Éloi.

Maladies antérieures. — Croûtes à la tête dans sa jeunesse, glandes au cou. A 24 ans, il contracte les fièvres en Afrique, les garde 5 mois et ne s'en est jamais bien guéri. A 30 ans il contracte, raconte-t-il la syphilis, mais les renseignements qu'il donne rendent cette affirmation plus que douteuse. Depuis 1865, il était porteur d'un vaste ulcère variqueux à la

jambe gauche. En 1878, blennorrhagie bientôt guérie. Sujet à la migraine; il n'a jamais eu mal aux yeux.

La maladie a débuté le 10 septembre 1880. Notre malade travaillait sur une route près de Bougie. Un grand nombre de ses camarades étaient déjà frappés d'ophtalmie. Il éprouvait une légère cuisson dans l'œil droit, d'ailleurs un peu rouge, lorsqu'il dormit pendant une nuit fraîche avec la fenêtre ouverte. Le lendemain matin l'œil droit était beaucoup plus malade: douleurs vives, gonflement, écoulement purulent, etc.

Le 10 octobre 1880, il entre à l'hôpital de Bougie, et quelques jours après les deux yeux se prennent.

Il est traité par les purgations; vésicatoires à la nuque et derrière les oreilles, compresses à l'eau de pavot sur les yeux. On ne fit que deux ou trois cautérisations au nitrate d'argent et encore à des intervalles assez longs.

Au commencement de décembre 1880, l'œil droit était très-gravement atteint, il distinguait cependant la lumière; l'œil gauche s'améliore, il voyait assez bien. En même temps son genou se gonfle et devient très-douloureux.

Le 24 décembre, les douleurs du genou cessent, en même temps la cornée de l'œil gauche est envahie et en quelques jours la vue diminue beaucoup, à peine peut-il se conduire.

Il entre à l'hôpital d'Alger le 3 janvier 1881; prescriptions: iodure de potassium, iodure de fer, vin de quinquina. Séton à la nuque qu'il garde du 20 janvier à fin mai. Localement, instillations d'atropine, collyre au nitrate d'argent à un centième.

Le 28 mars, il quitte l'hôpital pouvant avec l'œil gauche lire les gros caractères d'imprimerie.

De juin en décembre 1881, la vue se maintint avec des oscillations en moins survenant tous les mois: un purgatif, un vésicatoire la relevaient momentanément. Il reprend son

travail de terrassier le 12 décembre et il s'occupe de l'entretien des routes jusqu'au mois de février 1882.

Le 15 février, il se couche après le travail sans éprouver rien d'anormal, la nuit est paisible, mais au réveil il est complètement aveugle de l'œil gauche.

Entré de nouveau à l'hôpital de Bougie, on lui applique des sangsues à la tempe, mais rien n'y fait. Il n'a pour se guider que l'œil droit, avec lequel il a la perception de clarté et des objets brillants.

Au mois d'août 1882, le malade vient à Montpellier, où il entre à l'hôpital St-Eloi le 19 août. A ce moment, les yeux irrités par les fatigues du voyage sont rouges et laissent écouler abondamment un liquide muco-purulent. En retournant les paupières, on ne trouve pas de granulations. Les cornées sont complètement opaques surtout du côté gauche. Dans cet œil on voit que l'iris est déformé et décoloré.

Lavages successifs avec de l'eau d'alun, de l'eau salycillée, compresses froides pendant le mois d'août et de septembre.

Le 22 octobre, instillation d'atropine dans l'œil droit que l'on répète le 25.

Le 24, M. le professeur Dubrueil pratique une iridectomie sur l'œil droit pour essayer de procurer un peu plus de clarté au malade. La cornée est ponctionnée avec le couteau lancéolaire coudé ; par l'incision, on attire l'iris qui est excisé par deux fois, instillation d'ésérine, pansement occlusif.

Le 28 octobre, pas de réaction bien vive, un peu de douleur du côté droit de la tête pendant la nuit ; au matin, le calme est revenu ; pansement, une portion d'iris semble faire hernie par l'incision, mais on cherche en vain à la saisir avec des pinces. Lavage de l'œil, instillation d'atropine.

Le 26, nouveau pansement ; la plaie faite à la cornée va bien ; on continue l'occlusion avec des pansements quotidiens jusqu'au 1^{er} novembre. On cesse l'occlusion pour mettre un

bandeau noir. Le malade déclare bien mieux distinguer le jour, mais pas de vision nette.

On prescrit des purgatifs fréquents, on ne peut espérer aucune autre amélioration.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC.

I. Diagnostic. — Nous ne croyons point utile de distinguer les trois variétés d'ophthalmies purulentes, objets de ce travail. Nous avons signalé dans la symptomatologie ce que chacune avait de particulier.

Pourrait-on maintenant poser le diagnostic de la nature de la maladie ? c'est au moins fort difficile. L'ophthalmie du nouveau-né sera-t-elle simplement leucorrhéique, lorsqu'elle sera bénigne ; blennorrhagique, lorsqu'elle sera grave ? Nous ne pensons pas que cette question puisse être tranchée.

La distinction de la blennorrhagie oculaire d'avec l'ophthalmie contagieuse des adultes sera extrêmement délicate, surtout si en parlant de cette dernière, nous laissons de côté tous les cas présentant des granulations.

Cette précision dans le diagnostic ne change d'ailleurs rien au traitement, pourtant nous n'insisterons pas (1).

Mais s'il n'est pas très-important de préciser la nature de l'ophthalmie purulente, il est du plus grand intérêt de bien reconnaître son existence et de ne pas la confondre avec une ophthalmie de nature différente.

(1) On peut avoir aussi des conjonctivites purulentes traumatiques. L'étiologie facilite le diagnostic, nous l'avons laissée de côté, parce qu'elle ne présente rien de spécifique et rien de particulier au point de vue clinique, si ce n'est sa bénignité.

Les ophthalmies *catarrhale*, *pseudo-membraneuse*, *diphthérique* (*des allemands*), *granuleuse* doivent soigneusement être séparées et distinguées.

L'ophthalmie catarrhale est-elle vraiment distincte par sa nature et ses symptômes de l'ophthalmie purulente? Cette question a été résolue différemment par les auteurs. Un certain nombre ne veulent voir dans la seconde qu'une forme plus grave de la première.

« En résumé, dit Sichel (1), l'ophthalmie blennorrhagique n'est qu'une forme et qu'un développpement particulier de l'ophthalmie catarrhale, provenant des mêmes causes que cette dernière, augmentée et entretenue par d'autres..... »; et plus bas : « convaincu de la nature catarrhale de l'ophthalmie blennorrhagique..... etc. »

Carron du Villard confond entièrement l'ophthalmie purulente avec la catarrhale, et Warlomont ne les distingue que par la plus ou moins grande profondeur du travail inflammatoire. Nous ne pouvons nous lancer dans une dissertation sur la nature de l'ophthalmie catarrhale. Si l'on veut prendre une idée du nombre considérable d'opinions émises sur son compte, on peut consulter le début du chapitre sur la conjonctivite catarrhale de MM. Gosselin et Lannelongue, dans le dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Quoi qu'il en soit, nous estimons que ces deux maladies sont différentes. Personne ne peut « méconnaître la différence qui existe entre une simple conjonctivite catarrhale, où le produit sécrétoire consiste en du mucus plus ou moins concentré, et la conjonctivite purulente dans laquelle c'est du pus véritable qui est exhalé sur la surface affectée (2). » De plus, le gonflement palpébral n'est jamais aussi prononcé que l'ophthalmie, le chémosis est séreux, etc.

(1) Traité de l'ophthalmie, p. 225.

(2) Bouisson, Tribut à la chirurgie, t. II, p. 317.

L'ophthalmie pseudo-membraneuse de M. Bouisson est une manifestation locale de l'affection diphthéritique au sens français du mot. La diphthérie peut se localiser sur la conjonctive de même qu'elle se localise sur le larynx, le pharynx, les organes génitaux, les plaies des téguments. La fausse-membrane la caractérise. Mais il faut se rappeler que chez les nouveau-nés le pus concrété peut prendre l'aspect pseudo-membraneux. Il faut donc tenir compte de l'état général du sujet, de la constitution médicale régnante, des propriétés physiques de la fausse-membrane. Lorsqu'elle est sous la dépendance de la diphthérie, la formation plastique n'est point cohérente, elle est d'un aspect blanchâtre, d'apparence caséuse, et se décompose en grumeaux plus ou moins isolés qu'on rencontre sur divers points de la surface conjonctivale, mais surtout aux angles oculaires et aux rebords palpébraux (Bouisson).

L'ophthalmie diphthéritique des allemands, qui n'a rien de la diphthérie telle qu'on la comprend en France, a été étudiée par Von Græfe, de Wecker, Jacobson, Hirschberg. « Cette affection n'est pas caractérisée par un simple dépôt fibrineux à la surface de la conjonctive, mais bien par l'infiltration de la fibrine dans l'épaisseur même de cette membrane (1). » Si on l'observe au début, l'aspect pâle, grisâtre et desséché de la conjonctive qui est dure, permet de la reconnaître.

Dans la seconde période, ou période d'élimination de l'exsudat, il se produit une purulence abondante; les papilles débarrassées de la compression qu'elles gênaient deviennent rouges et saillantes. Le diagnostic est impossible. La marche

(2) Jamain et Terrier, Path. chirurg., t. III, p. 27.

ultérieure de la maladie ne tarde pas à le fixer, car dans la conjonctivite diphthéritique la conjonctive se cicatrise et subit une rétraction fibreuse considérable, proportionnelle au degré de mortification de la conjonctive.

La nature de cette affection est assez peu connue. Tandis que la plupart des Allemands la font dépendre d'un état général, Abadie la considère comme un état local, car l'inoculation du pus d'une ophthalmie purulente peut lui donner naissance.

L'ophthalmie granuleuse semblerait devoir être facilement distinguée. Il n'en est cependant rien. Cela tient à ce que les auteurs donnent le nom de granulation à des altérations différentes. Nous voyons, en admettant la classification de M. Gosselin, que tantôt on a affaire à des papilles hypertrophiées (*granulations papillaires*), tantôt à des vésicules lymphoïdes ayant pris un développement anormal (*granulations vésiculeuses*), tantôt enfin à de petits néoplasmes (*granulations néoplastiques*, *trachome*). Les premières se reconnaissent à leur forme allongée et quadrangulaire, à leur teinte carminée, à leur dissémination, à la muqueuse conjonctivale qui tapisse les paupières.

Les secondes sont très-difficiles à séparer des troisièmes : « les granulations vésiculeuses ou folliculeuses, petites élevures d'un gris rougeâtre, seraient disposées en rangées linéaires ; elles peuvent apparaître sur la conjonctive tarsienne. Le siège de prédilection des follicules est la paupière inférieure ; ce serait le contraire pour les granulations (de Wecker et Sœmisch). » (Jamain et Terrier).

Les granulations vraies constituent des grains d'un gris-jaunâtre, demi-transparentes, diaphanes. On les a comparées

à des grains de tapioca cuit. Ce sont de petites taches blanchâtres entourées de vaisseaux (Meyer).

Or, ces granulations vraies donnent lieu à une conjonctivite granulaire aiguë, qui par ses caractères se rapproche beaucoup de l'ophtalmie purulente. Il importe alors de bien reconnaître la présence des néoplasmes, car les cautérisations souveraines dans la conjonctivite purulente ne feraient qu'aggraver la conjonctivite granuleuse (Meyer).

Pour terminer le diagnostic différentiel des diverses ophtalmies, nous devons ajouter que lorsque dans le cours d'une blennorrhagie, une conjonctivite survient, elle n'est pas nécessairement purulente. M. Fournier (1) s'est beaucoup occupé de cette variété d'ophtalmie blennorrhagique, qui frappe les deux yeux, et se rapproche beaucoup de la conjonctivite simple. Elle est d'ailleurs très-bénigne, et probablement due à une modification générale de l'organisme. Sa pathogénie est à peu près la même que celle du rhumatisme blennorrhagique.

Les ophtalmies étant écartées, restent encore certaines inflammations qui pourraient être confondues avec la maladie de la conjonctivite dont nous parlons.

Dans le phlegmon de l'œil, on trouve au début la même injection de la muqueuse, le même œdème des paupières, les mêmes douleurs vives, mais la sécrétion purulente manque et cela suffit pour poser le diagnostic.

Enfin, l'inflammation aiguë de la portion orbitaire de la glande lacrymale pourrait un moment tromper le médecin, il y a en effet une tuméfaction considérable des paupières et des tissus périorbitaires, du chémosis. Mais la douleur siège à l'angle externe. La sécrétion purulente manque.

(1) Art. *Blennorrhagie* du Dict. de méd. et de chir. pratiques.

Tels sont les divers états qui pourraient induire le médecin en erreur. Or, il est très-important d'être fixé au plutôt pour l'ophthalmie purulente. Le traitement appliqué de bonne heure peut éviter bien des malheurs. C'est lui qu'il nous reste à étudier dans le chapitre suivant.

II. Pronostic. — Le pronostic est toujours grave. Sans doute les traitements préconisés aujourd'hui, bien mis en pratique, atténuent singulièrement les conséquences de cette maladie, mais il n'en est pas moins vrai que souvent, malgré les soins les plus constants, la maladie évolue mal. Les cas que nous rapportons nous paraissent le prouver suffisamment. Sans doute, le traitement dont a été l'objet le sujet de l'observation III a été plus qu'insuffisant. Les cautérisations au nitrate d'argent, d'après ce que dit le malade, n'ont point été pratiquées dès le début. Y avait-il contre-indication, nous ne le savons. Mais les deux autres cas, régulièrement traités, ont donné pour résultat, le premier, la perte des deux yeux, le second, la perte de l'œil droit.

Le pronostic est donc très-grave et dès que le médecin a constaté la présence de l'ophthalmie, il doit prévenir le malade de ce qui l'attend, le menacer même d'une cécité future pour obtenir de lui et de ceux qui l'entourent des soins médicaux et hygiéniques qui ne doivent pas se démentir un seul instant.

C'est surtout pour l'ophthalmie des nouveau-nés que le médecin doit insister auprès de la famille, car certaines personnes du public, par un préjugé aussi étrange que funeste, considèrent l'ophthalmie purulente comme bénigne, se fondant sur les cas peu intenses qu'ils ont eu l'occasion de voir.

En thèse générale, l'ophthalmie blennorrhagique, quelle que soit la personne atteinte, est la plus grave. Le pro-

nostic est d'autant plus sérieux que le chémosis est plus considérable et plus phlegmoneux. Mais ce qui surtout doit guider le jugement du médecin, ce sont les altérations de la cornée. Lorsque l'inflammation est intense, le chémosis énorme et que la cornée s'altère, il est encore heureux qu'elle s'ouvre à la périphérie; si cette ouverture ne se fait pas, que l'ulcération envahisse toute la périphérie de la membrane transparente, les désordres sont plus grands, l'œil pourra être complètement vidé.

La hernie et le pincement de l'iris dans la plaie aggravent aussi le pronostic. Il peut en effet se produire un glaucome, un staphylome, une ophthalmie sympathique même.

Les opacités de la cornée, lorsqu'elles ne dépendent point d'une cicatrice peuvent se résorber chez l'enfant, ce qui atténue beaucoup la gravité de cette maladie chez eux, augmentée d'ailleurs par les complications qui se produisent souvent: entérite, muguet, pneumonie, etc.

Nul besoin n'est d'insister sur les dangers de l'ophthalmie purulente épidémique. Les granulations préexistantes ou consécutives peuvent laisser le malade sous le coup d'une menace constante de récurrence.

CHAPITRE VI.

TRAITEMENT.

Après l'étude que nous venons de faire, insister sur l'utilité d'un traitement bien dirigé est superflu. Il faut distinguer le traitement prophylactique et le traitement curatif.

1° Traitement prophylactique. — S'il s'agit d'un nouveau-né, on examinera la mère avant l'accouchement et on la traitera par des injections, si le vagin présente un écoulement suspect. Quand l'enfant vient au monde, éviter toutes les causes que nous avons signalées au chapitre de l'étiologie: refroidissement, application de matières irritantes sur les yeux, etc. Si une épidémie règne sur la Maternité, isoler les malades, éviter toute chance de contagion et d'infection.

Certains auteurs sont allés plus loin: Crédé de Leipsig traite les yeux de tous les enfants sans exception en y laissant tomber, immédiatement après la naissance, une goutte d'une solution de nitrate d'argent au cinquantième, puis en plaçant sur les paupières des compresses imbibées d'une solution d'acide salicylique que l'on renouvelle pendant vingt-quatre heures (1).

Olshausen, de Halle, lave les yeux des enfants avec une solution d'eau phéniquée au centième, avant même que les épaules soient dégagées et alors que les yeux ne sont pas

(1) Crédé, *Arch. für gynecologie*, t. xvii, 1881.

encore ouverts, et il a soin de bien nettoyer les culs-de-sac avec de la ouate (1).

Nous n'approuvons point cette intervention sans motifs, qui à elle seule nous paraît être une cause d'irritation pouvant devenir grave; sur ce sujet donc l'expérience est à faire.

Quand un individu a la blennorrhagie, il faudra l'avertir du danger qu'il court, lui recommander une extrême propreté. Il doit veiller aussi à ne pas contaminer son entourage.

Quand l'ophthalmie devient épidémique, on doit isoler les malades et user de la plus grande propreté pour prévenir l'infection et la contagion.

2° Traitement curatif. — Si nous voulions faire une revue critique des moyens préconisés contre l'ophthalmie purulente, nous serions obligés d'entrer dans des développements fort longs. Nous en énumérerons cependant quelques-uns, nous réservant d'insister plus particulièrement sur le traitement classique que nous avons vu employer à l'hôpital Saint-Eloi.

Gosselina, dans ses derniers temps, recommandé l'emploi des instillations alcooliques (2).

Ce moyen est un des plus anciens. Saint-Yves (3) vante « l'eau-de-vie mêlée avec beaucoup d'eau dont on lave l'œil de temps en temps ». « Dans l'ophthalmie vénérienne (4), dit-il un peu plus loin, on lavera les yeux à tout moment avec le mélange d'eau et d'eau-de-vie. »

Nous trouvons dans le *Paris médical* du 7 octobre 1882, § 4917, une revue rapide de la valeur de l'iodoforme dans

(1) *Centralblatt für gynækol*, 1881, *Journal de thérapeutique de Gubler*, 25 février 1882.

(2) *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 341.

(3) *Trait. cité*, p. 207.

(4) P. 209.

la thérapeutique oculaire en général, et voici ce que nous trouvons à propos de l'iodoforme dans la conjonctivite purulente :

Haase recommande l'emploi de cet agent thérapeutique dans les dacryocystites et blennorrhées du sac lacrymal.

Karl Grossmann, encouragé par les heureux résultats obtenus avec l'iodoforme dans le traitement de la gonorrhée, l'essaya dans l'ophtalmie blennorrhagique.

Trois malades furent ainsi traités; quatre ou cinq jours après les applications d'iodoforme, toute sécrétion purulente avait disparu.

Dans une école, une épidémie d'ophtalmie purulente avait atteint 59 enfants; on commença le traitement avec le nitrate d'argent, mais sans résultat. L'iodoforme fut employé; une semaine après, l'ophtalmie était en pleine décroissance. Chez plusieurs de ces petits malades, il existait des ulcérations de la cornée qui guérissent parfaitement.

La meilleure manière d'employer l'iodoforme, consiste à le projeter sur la conjonctive palpébrale avec un pinceau comme le calomel. La poudre doit être très-finement porphyrisée pour éviter les accidents locaux; on a parfois noté de petits abcès..... Priesley Smith, dans un cas d'ophtalmie blennorrhagique, eut recours à l'iodoforme; le succès fut prompt et complet. (*J. des sc. méd.*, Lille.)

L'emploi de l'iodoforme dans l'ophtalmie purulente nous paraît mériter la plus grande attention des médecins. Nous n'avons point d'expérience personnelle à ce sujet, mais étant donnée l'action de ce médicament sur les plaies suppurantes, sur les plaies de mauvaise nature, on peut, sans être téméraire, prévoir une influence heureuse sur les ophtalmies purulentes. Il est d'ailleurs employé avec succès contre la conjonctivite granuleuse avec opacité de la cornée.

Dor a préconisé le benzoate de soude, Becker l'acide saly-

cilique; mais ces agents sont surtout bons pour l'ophtalmie purulente bénigne, ou pour terminer le traitement de l'ophtalmie purulente grave (Samœlsohn et Arlt de Vienne) (1).

Enfin, dans ces derniers temps, on vient de faire connaître en France une graine qui changera peut-être la thérapeutique de l'ophtalmie purulente; nous voulons parler de la graine de la liane à réglisse ou *jequirity* du Brésil. Une infusion froide de ces graines pulvérisées, appliquée en lotions sur les yeux, détermine une violente inflammation revêtant la marche de l'ophtalmie purulente et guérissant toute seule dans quinze jours environ (2).

Il est certain qu'on se trouve en présence d'un agent précieux. L'ophtalmie purulente employée comme moyen thérapeutique contre le trachome avec opacités de la cornée, deviendra d'une application plus facile et moins dangereuse.

Ne peut-on pas espérer aussi que ces mêmes lotions appliquées contre l'ophtalmie purulente, pourront déterminer une inflammation substitutive curative de la maladie?

Quoi qu'il en soit, étudions maintenant le traitement rationnel que nous avons vu employer, et qui bien conduit et commencé à temps donne de magnifiques résultats.

Au début, tant que l'ophtalmie n'est pas certainement purulente, il faut agir avec prudence. Si l'hypérémie est très-intense, on s'en tiendra aux compresses froides et aux scarifications des vaisseaux. De Græfe a aussi recommandé dans les cas de violente hypérémie, de pratiquer à l'angle externe de la paupière une incision horizontale comprenant la peau, le muscle et le fascia, en ménageant la conjonctive.

(1) Congrès ophthalmologique d'Heidelberg, Extrait de Abadie, leçons cliniques, Paris 1882.

(2) *Bulletin général de thérapeutique méd. et chir.*, 15 septembre 1882, p. 229.

Cette petite incision intéresse quelques artérioles allant à la conjonctive, d'où résulte une déplétion assez rapide. Quelques sangsues placées au même point peuvent remplacer l'opération. Mais en règle générale, les antiphlogistiques ne doivent être employés qu'avec de grands ménagements, car la maladie frappe surtout les enfants débilités; elle a d'ailleurs par sa nature un caractère débilitant. Il faut que l'économie puisse résister à cette abondante suppuration.

S'il n'y a qu'un œil de pris, une précaution élémentaire et de première importance est de protéger l'autre œil. On peut obtenir ce résultat en l'obturant avec une feuille de mica que l'on collodionne à sa périphérie, avec un verre de lunette enchassé dans un anneau en cuir que l'on fixe encore avec du collodion, etc. Tous ces moyens valent mieux que l'obturation simple avec une bande en toile qui, par sa porosité, peut laisser passer le pus.

Enfin, les pupilles gonflées et saillantes, l'écoulement purulent et la violence de l'inflammation ne laissent plus de doute. Dès lors, il faut cautériser au nitrate d'argent, ordonner des lavages de l'œil à tous les moments; il faut faire la chasse au pus.

Comment pratique-t-on la cautérisation au nitrate d'argent? Les uns emploient le crayon, mais c'est un mauvais procédé, l'on ne peut toucher toutes les parties malades.

Warlomont roule un pinceau mouillé sur la pierre argentine et promène son pinceau sur la conjonctive.

D'autres se servent des crayons mitigés de Desmarres, composés en proportions connues de nitrate de potasse et de nitrate d'argent.

Les plus nombreux préfèrent le collyre. On emploie des solutions à titres divers: au dixième, au vingtième, au trentième, au soixantième, au centième. Cela dépend des prati-

ciens. Nous avons toujours vu employer la solution au trentième. Peu importe d'ailleurs, la cautérisation devant être plus ou moins répétée, selon la dose du sel.

Pour appliquer le caustique, on retourne les paupières: cela permet d'éviter de toucher la cornée et en même temps de bien imbiber les culs-de-sac qui sont les points les plus malades. Ceci serait même tellement important, que Critchett (1) n'a pas hésité, dans un cas où il ne pouvait les atteindre, à inciser verticalement la paupière supérieure. Moyen un peu radical. Nous n'en avons jamais vu la nécessité. Après la cautérisation, on neutralise l'excès de sel par une solution de chlorure de sodium, on peut même passer un pinceau trempé dans l'huile pour isoler les surfaces.

Un point des plus importants est celui de savoir à quel moment il faut renouveler la cautérisation: pour élucider cette question, il est nécessaire de voir ce qui se passe localement après la cautérisation.

Le premier résultat est la formation d'une eschare. Celle-ci est un véritable corps étranger. Il y a augmentation de la douleur, tandis que sous la muqueuse mortifiée se fait un travail d'exsudation qui doit éliminer l'eschare. Quand celle-ci tombe, il y a un moment de calme jusqu'à ce que la régénération de l'épithélium ait eu lieu. C'est alors qu'il faut de nouveau appliquer le caustique.

Ce moment est venu lorsqu'on constate que le gonflement qui avait diminué a augmenté et que la sécrétion purulente, presque suspendue un moment, recommence à se montrer.

« Ces différentes périodes (hypérémie et exsudation séreuse, élimination de l'eschare, régénération de l'épithélium) comprennent généralement à peu près vingt-quatre heures,

(1) *The Lancet*, vol. 1, p. 524, 1880.

mais il ne faut pas croire que ce soit là une règle absolue, et il est indispensable d'observer attentivement son malade après les premières cautérisations, de s'informer à quel moment la sécrétion a recommencé, pour savoir exactement le temps qu'il faut laisser passer entre deux cautérisations (1). » Conseils de la plus grande sagesse que tout praticien doit avoir dans l'esprit.

Après la cautérisation, on applique localement des compresses froides, glacées même dans les cas graves. Ces dernières ne doivent pas être continuées trop longtemps, car elles donneraient naissance à des névralgies rebelles.

Dans l'intervalle des cautérisations, il faut que le malade se lave ou soit lavé avec le plus grand soin, quand il s'agit d'un nouveau-né, en particulier. Il faut que le médecin montre vivement à une mère quelquefois, rarement il est vrai, insouciante, le danger que courent les yeux de son enfant. C'est en effet la condition de succès de tout traitement. Nous croyons, en particulier pour l'observation I, que la mère a été un peu négligente.

Pour pratiquer ces lavages, on s'est servi de seringues, d'éponges, de pulvérisateurs (mauvais moyen); tout cela ne vaut pas le siphon de Brière qui est un siphon ordinaire, formé d'un tube de caoutchouc s'amorçant dans un récipient placé un peu au-dessus de la tête du malade, ou bien encore le vulgaire clysopompe dont le malade apprend à se servir bien vite. Il y a, en effet, une petite éducation à faire, car la canule doit être bien engagée dans l'angle externe de l'œil pour balayer tout le pus.

L'eau sera pure ou additionnée de salicylate de soude, de liqueur de Labarraque (trois ou quatre cuillerées par litre),

(1) De Grœfe, cité par Meyer, *loc. cit.*, p. 61.

de benzoate de soude ou d'acide carbolique (4 pour 1000), etc.

Quelquefois, une seule cautérisation suffit ; l'inflammation change d'allure et rétrograde, mais le plus souvent la maladie marche. Le chémosis devient énorme et menace d'étouffer la cornée par son étroite périphérique.

Survient alors l'indication des scarifications : on les pratique superficielles, parallèles entre elles, avec le petit scarificateur à lame convexe que l'on trouve dans toutes les boîtes d'oculistique. Le moment de cette petite opération n'est pas indifférent.

Que l'on se garde, en effet, de la pratiquer avant de cautériser : la solution caustique pénétrerait profondément et déterminerait des cicatrices. Faite au contraire dans la période où l'eschare tend à se détacher, alors que la congestion, et, partant, les douleurs sont les plus intenses, elles soulagent le malade par le dégorgement qu'elles produisent, facilitent la chute de l'eschare.

Quand autour de la cornée s'est formé un bourrelet rempli de sérosité sanguinolente, on peut aussi et l'on doit donner issue au liquide. Avec des ciseaux courbes, on incise le bourrelet par de petits coups donnés parallèlement au bord de la cornée.

Malgré tous ces soins, le mal peut empirer. La cornée s'altère. L'état devenu plus grave réclame une intervention plus active et qui ne manque pas de difficultés.

Quelques auteurs veulent complètement supprimer les cautérisations, remplacer les compresses froides par des compresses chaudes, instiller de l'atropine.

Suspendre la cautérisation n'est point prudent. Il faut les continuer, et c'est alors que le crayon de Desmarres est utile, car on peut l'appliquer où l'on veut et être certain de ne point toucher la cornée ; la neutralisation avec l'eau salée,

un bon lavage pour entraîner le pus, et le chlorure d'argent formé assurent ce résultat.

Quant à l'emploi de l'atropine, la pratique des vieux chirurgiens affirme son utilité. Malgré cela, nous voyons aujourd'hui Weber, Landolt, Abadie dans ses Leçons cliniques les plus récentes (1882) et bien d'autres, préconiser l'emploi absolu de l'ésérine, 0,05 pour 10, d'autres la pilocarpine (0,20 pour 10).

Warlomont (1881) jugeant cette divergence, dit que pour lui il emploie l'un ou l'autre suivant les circonstances : l'abcès ou l'ulcère cornéenségeant à la périphérie, il emploie l'ésérine qui fait contracter l'iris et l'éloigne du point d'incision ; le travail destructeur siège-t-il au contraire au centre, vient alors l'indication de l'atropine qui éloigne l'iris des lèvres de la plaie.

Jamain et Terrier, dans leur *Traité de chirurgie* (1882), déclarent préférer à l'ésérine, l'atropine dont les propriétés sont moins mystérieuses.

Nous estimons que pour un tel sujet on ne doit point rejeter l'ésérine de parti pris. Cette dernière substance, en effet, diminue la tension intra-oculaire. Or, dans la période des lésions cornéennes, il y a tout intérêt à combattre cet excès de pression. Les raisons données par Warlomont doivent aussi entrer en ligne de compte. C'est d'ailleurs à la clinique de prononcer, et nous n'avons point d'expérience personnelle à ce sujet.

Sitôt que les lésions cornéennes se montrent, on peut appliquer l'occlusion, mais il faut alors surveiller son malade très-souvent.

Si l'ulcère de la cornée continue son œuvre de désorganisation lorsqu'on s'aperçoit qu'il ne reste plus qu'une mince lamelle cornéenne pour empêcher l'œil de se vider, il faut pratiquer la paracentèse de la cornée. C'est qu'en effet la

rupture spontanée peut être désastreuse : l'œil peut se vider complètement par la brusque détente qui se produit.

Le cristallin peut venir dans les lèvres de la plaie ; on en fera l'extraction en agrandissant l'ouverture par une incision.

Quand on pratique la paracentèse, les choses se passent autrement. L'opération est fort simple : on fixe l'œil, et soit avec l'aiguille de Desmarres, soit avec un couteau lancéolaire coudé comme nous l'avons vu faire, on perfore la membrane transparente. Ici encore règne un certain désaccord entre les auteurs ; les uns perforent toujours l'ulcère même, les autres préfèrent opérer à la périphérie et en un endroit sain. Quand la lésion siège à la périphérie, on peut à la rigueur opérer sur le point malade, mais en général il vaut mieux ponctionner à la périphérie et à un endroit sain ; la réparation de cette plaie simple se fait très-bien.

Il faut avoir soin, lorsqu'on fait la paracentèse, de ne laisser sortir l'humeur aqueuse que peu à peu pour éviter des congestions *ex vacuo*.

D'après M. Fouilloud-Buyat, qui a fait sa thèse (1871) sous les inspirations de M. Galezowski, on doit pratiquer la paracentèse avant que la perforation spontanée soit imminente. Cette opération amène en effet un apaisement profond dans les symptômes, et on peut même la répéter sans danger.

L'incision faite, il peut se produire une hernie de l'iris ; on essaie de la faire rentrer avec l'atropine et l'ésérine alternées ; si une portion dépasse, on l'excise.

Quand la maladie a guéri, le malade peut s'en tirer sans grand dommage, mais ordinairement il reste des opacités cornéennes plus ou moins complètes ; si l'opacité de la cornée n'est point générale, on peut, au niveau du point transparent, pratiquer une iridectomie, nous l'avons vu faire pour le malade qui fait l'objet de notre observation II. Sans doute

il n'a pas recouvré sa vue, mais il y a eu une amélioration satisfaisante.

Si les cicatrices de la cornée ont enclavé l'iris, qu'il y ait irritation des nerfs ciliaires, une iridectomie sera encore utile en maintenant une pression intra-oculaire durable. Enfin, si l'on craint une ophthalmie sympathique, on enlève l'œil malade.

Quand l'ophthalmie purulente est passée à l'état chronique, on se sert de caustiques légers, mais souvent appliqués : acétate de plomb, solution légère de nitrate d'argent, et surtout le sulfate de cuivre.

Tels sont les principes généraux du traitement local de l'ophthalmie purulente. Il ne faut point d'ailleurs oublier qu'il n'y a point de règle absolue et qu'il faut modifier sa conduite suivant les conditions du moment, conditions dépendant de la constitution du sujet, de l'âge, de l'intensité, de l'inflammation, etc.

Le traitement général ne sera pas non plus négligé ; des purgatifs répétés de temps en temps seront de la plus grande utilité. Quelques auteurs ont recommandé le calomel. Enfin, si au début il faut tenir le malade à un régime sévère, il ne faut point oublier que l'on doit soutenir ses forces, les relever même, pour qu'il puisse lutter contre la maladie.

CONCLUSIONS.

Le terme ophthalmie doit être conservé dans la nomenclature médicale, pour désigner spécialement les inflammations de la conjonctive, appelées ainsi par les anciens.

Toute sécrétion conjonctivale pathologique inoculée est transmissible, mais la forme transmise varie avec le sujet, le milieu, etc. L'ophthalmie blennorrhagique ne provient point nécessairement d'un virus granuleux.

Comme traitement, nous plaçons successivement les moyens ci-après, dans l'ordre suivant lequel les indications se présentent ordinairement.

Cautérisation avec le collyre au nitrate d'argent.

Lavages répétés.

Compresses froides ou glacées.

Scarifications, incisions au ciseau du bourrelet péricornéen.

Quand la cornée est malade :

Cautérisation au crayon mitigé, instillations d'atropine ou d'ésérine et même de pilocarpine, occlusion.

Paracentèse, que l'on doit pratiquer avant l'imminence de la rupture spontanée. Plus tard, iridectomie.

FIN.

Vu bon à imprimer :

Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu :

Le Président censeur,
JAUMES.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

*Ausquelles le Candidat doit répondre verbalement
en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.*

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Application de l'électricité en médecine.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Donner les caractères des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie.

Texture de la matrice à l'état de vacuité et pendant la grossesse.

Anatomie pathologique et Histologie.

Du cancer de l'utérus.

Physiologie.

Des fonctions de l'ovaire.

Pathologie Médicale ou Interne.

Quelles sont les causes des palpitations du cœur.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Du régime des opérés.

Thérapeutique et Matière Médicale.

De l'ergot de seigle et de sa médication.

Opérations et Appareils.

De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

De l'endurcissement au froid.

Accouchements.

De la version par manœuvres externes.

Clinique Interne.

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique Externe.

Indications de la lithotricie.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lipémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Contribution à l'étude des Ophthalmies purulentes.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
